Aus der Privat-Klinik des Herrn Prof. Dr. Jordan.

Stanford University Library
DEC 11 1909

Über

rein chronische Appendicitis,

sowie über

kombinierte Wurmfortsatz-Eierstock-Entzündung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

Hohen med. Facultät der Ruprecht-Carls-Universität

zu Heidelberg

von

Wilhelm Scheeder.

Gedruckt
mit Genehmigung der med. Fakultät der Universität Heidelberg.

Decan: Hofrat Prof. Dr. Knauff.

Referent: Exzellenz Prof. Dr. Czerny.

1904.

In der unermeßlich angeschwollenen Litteratur über Appendicitis hat die schematische Einteilung der mannigfachen Formen derselben verschiedene Lösungen gefunden, indem man bald die Pathogenese zur Grundlage macht, bald von anatomischen Gesichtspunkten ausgeht, bald nach den klinischen Symptomen registrierend von akuter, recidivirender und chronischer Appendicitis spricht. Mehr beachtet wurde in den letzten Jahren die chronische Form, besonders seit Ewald auf dem 28. Chirurgenkongreß i. J. 1899 einen eigenartigen Symptomenkomplex bekannt gab, den er mit der Bezeichnung „Appendicitis larvata" belegte. Seitdem haben eine Anzahl Autoren ähnliche Fälle bekannt gegeben; hieran anschließend erlaube ich mir über 5 Fälle zu berichten, die Herr Prof. Dr. Jordan in seiner Privatklinik im Zeitraum von zwei Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die chronische Wurmfortsatzentzündung läßt sich in drei mehr weniger scharf begrenzte Gruppen zerlegen; zur ersten gehören Fälle mit recidivirenden Attacken und beschwerdefreiem Intervall, die zweite ist charakterisiert durch chronische Beschwerden zwischen den einzelnen Anfällen (Czerny's intermittirender und remittirender Typus); den Fällen der dritten Gruppe fehlt ein akutes Stadium vollständig, dagegen bestehen dauernde Beschwerden, manchmal zeigen sich anfallsartige Steigerungen der Beschwerden. In die letztgenannte Abteilung sind alle die Beobachtungen einzureihen, die Ewald als „App. larvata" publicirt hat, eine Bezeichnung, die andere Forscher ersetzt wissen wollen, wie Israel durch „atypische App.", Lenzmann „occulte A" u. a. m., Fälle die Senator nur für „schwer diagnostirbar" hält. Bei genauer Betrachtung der überaus mannigfaltigen Krankheitsbilder zeigt sich, daß ganz ähnliche Erscheinungen häufig einem akuten Anfall vorausgehend in

ursächlichem Zusammenhang damit stehen und somit ein „Latenzstadium der Erkrankung“ (Sonnenburg) oder nach Karewski „Prodrome“ darstellen. Im Einklang damit hat die Forschung ergeben, daß die Entzündung des Wurmfortsatzes sich schleichend entwickelt, daß dem akuten Anfall in der Regel ein von langer Hand praeformirtes Leiden zu Grunde liegt. Die bekannten Gefahren, denen der Träger eines derartigen, im Stillen arbeitenden Kraters (Beck) ausgesetzt ist, zeigen, von welch eminent praktischer Bedeutung die Kenntnis der praeliminaren Zeichen ist, umsomehr als häufig genug das vage Symptomenbild dem Arzte wenig Fingerzeige für die Auffindung des Krankheitsherdes gibt.

Die pathologisch-anatomischen Befunde, die der chronischen Appendicitis zu Grunde liegen, sind verschiedenartige. In der Regel handelt es sich um die von Sonnenburg charakterisierte Appendicitis simplex catarrhalis chronica. Die Veränderungen können sowohl isoliert an der Schleimhaut und dem Peritonealüberzug auftreten, als auch beide zusammen mit dem zwischenliegenden Gewebe betreffen. Das erkrankte Organ wird als gerötet und geschwollen, ververdickt und starrwandig, einem erigirten Penis vergleichbar beschrieben, das bald frei in die Bauchhöhle ragt, bald mit den verschiedenen Nachbarorganen je nach seiner Lage durch peritoneale Verwachsungen in enge Beziehungen tritt. Die Adhæsionen, die sowohl den kranken, als auch den an sich normalen Wurmfortsatz in ihr Bereich ziehen, führen zu Knickungen, Torsionen, Abschnürungen desselben u. dgl. m., sie können derart massenhaft auftreten, daß in dem großen Konglomerat die Differenzierung einzelner Organe nahezu unmöglich wird. Die Schleimhautauskleidung, die in den leichtesten Stadien nur injiciert oder schiefrig-grau verfärbt erscheint, kann stellenweise oder ganz fehlen, so daß die entsprechende Narbe Stenose und Striktur, evtl. Empyem erzeugt, der Verödungsprozeß kann zur vollkommenen Obliteration führen. Der Inhalt des Blinddarmanhanges besteht bekanntlich in Schleim, Kotsteinen und andern Fremdkörpern, wenn das Lumen nicht ganz leer gefunden wird; als Kuriosum sei erwähnt, daß Neugebauer metallisches

Quecksilber vorfand. Das Zwischengewebe beteiligt sich häufig an der Entzündung, ebenso das Mesenteriolum.

Stein, der die Anschauung Sonnenburg's bekämpft, sieht die schleichende Entzündung als eine regressive Metamorphose an, welche schon von Geburt an besteht und sich während des ganzen Lebens abspielt. Für ihn ist die Auffassung von einer katarrhalischen Entzündung unhaltbar und für praktische Zwecke irreleitend, da der Begriff Katarrh eine unverletzte Schleimhaut voraussetzt und das, was klinisch Appendicitis cat. genannt wird, kein oberflächlicher Prozeß ist. Infolge zahlreicher Untersuchungen kommt Riedel zu dem Schluß, daß die Wurmfortsatzentzündung infolge des Reizes eines Fremdkörpers oder als Krankheit sui generis entsteht; dieselbe sei gekennzeichnet durch Entwicklung von Granulationsgewebe zwischen den geschlossenen Follikeln und tubulären Drüsen, die durch diesen Prozeß auseinander gedrängt werden und schließlich ganz verschwinden. Diese typische Erkrankung, zu der sich noch Hämorrhagien gesellten, bezeichnet er als am treffendsten mit „Appendicitis granulosa", deren pathologischen Charakter übrigens Landau als nicht erwiesen erachtet. Riedel bezweifelt, ob durch einen Katarrh des Appendix eine der Appendicitis ähnliche Krankheit hervorgerufen wird. Auf der Basis der App. granulosa sollen durch verschiedenartige Læsionen alle die bekannten Formen der Blinddarmentzündung entstehen und eitrige oder nicht eitrige Appendicitis nur graduelle Unterschiede ein und desselben Leidens im pathol.-anatom. Sinne sein.

Daß die manchmal vorgefundenen minimalen Veränderungen am Wurmfortsatz die in starkem Kontrast zu den klinischen Erscheinungen stehen können, tatsächlich mit diesen in ursächlicher Beziehung stehen, beweisen die operativen Erfolge.

Interessant ist, daß auch bei vollkommen obliterirtem Wurmfortsatz Symptome auftreten können, die Senn zu einem besonderen Komplex zusammengestellt und „Appendicitis obliterans" benannt hat, deren Berechtigung Riedel in Frage stellt.

Ribbert hat eine in 25 % der Fälle auftretende

Obliteration beschrieben, die er als einen physiologischen Involutionsvorgang betracht. Sudsuki hat diese Beobachtung an 500 Leichen bestätigt gesehen.

Einen bedenklichen Stoß erleidet diese Ribbert'sche Lehre nach Koch durch eine Beobachtungsreihe, bei der totale, wie partielle Obliterationen pathologischen Ursprung haben und histologisch auf abgelaufene Entzündungsvorgänge hinweisen. Auch Borchardt faßt die auf operativem Wege erhaltenen Präparate dieser Art als aus einem pathologischen Prozeß hervorgegangen auf, ebenso Stein und Riedel, dessen App. granulosa auch Obliterations-Tendenz zeigt; die letzteren nehmen aber noch an, daß der von Ribbert beschriebene Involutionsvorgang gar keine klinischen Symptome hervorrufe.

Secundär kann der Appendix erkranken, wenn er an den Affektionen benachbarter Organe sich beteiligt, oder durch Pseudomembranen functionell alterirt wird; in dieser Beziehung spielen die Erkrankungen der weiblichen Genitalien eine bedeutsame Rolle.

Gersuny, der bezweifelt, ob alle Veränderungen, die am Appendix gefunden und als chronisch-katarrhalische Entzündung gedeutet werden, von primären Erkrankungen dieses Organs herrühren, glaubt, daß die bei den latent verlaufenden Erkrankungen fast ohne Ausnahme gefundene Pseudomembran, welche etwa 1 cm von der cökalen Insertion des Appendix ansetzt und diesen abknickt, in einer gewissen Anzahl von Fällen ihr Entstehen nicht einer Skolikoiditis, sondern einem andern Prozeß verdankt, und daß die Veränderungen des Appendix selbst erst die Folgen der Adhæsionsbildung seien. Diese plastische Peritonitis hat ihre typische Lokalisation an der Flexura sigmoidea; unter den 21 Fällen fanden sich 7 mal Veränderungen am weiblichen Genitale, 17 mal am Appendix. Gersuny sieht eine wichtige Ursache zu diesen Bildungen in der Organisation fibrinreicher Ergüsse in den Bauchfellsack, die durch Blutungen infolge physiologischer Vorgänge (Ovulation) oder infolge eines Traumas bedingt sind. Während die Dünndarmperistaltik bei Ergüssen in den Bauchfellraum das ihr zugängliche Gebiet reinfege, bleiben an abgelegenen Stellen, an denen auch häufig Verwachsungen gefunden werden, die Ergüsse

ruhig liegen und könnten so organisirt werden. Die Beobachtungen widersprechen unsern sonstigen Kenntnissen nicht, sind jedoch noch nicht von anderer Seite bestätigt.

Einer andern Aetiologie der Appendicitis, namentlich bei Frauen, redet Edebohls das Wort; nach ihm kommt App. in 80 %—90 % bei Symptome verursachender Wanderniere als Begleiterscheinung vor. Die Erkrankung entsteht infolge Drucks der Niere auf den Pankreaskopf, der eine leichtgradige venöse Stauung im Wurmfortsatz hervorrufe, die demselben wegen seines engen Lumens leicht verhängnisvoll werden könne. Auch Beck hat der Wanderniere die Veranlassung der Appendicitis zugeschrieben, indem sie den nach hinten gerichteten Wurmfortsaz gegen das Darmbein andrückt und so Circulationsstörungen erzeugt, welche genügen, das enge Lumen anschwellen zu lassen. Viel Freunde scheint sich diese Theorie nicht erworben zu haben, wenn auch vereinz. Fälle von anderer Seite mitgeteilt waren, (Sprengel, Stinson, Fränkel, Hadra, Lindner und Knapp).

Auch in der Gravidität ist verschiedentlich ein ætiologisches Moment gefunden worden; Pollak hält trotz der zahlreichen Publikationen über diesen Gegenstand das bisher bekannt gewordene Material nicht groß genug, um einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen. In seinem Referat hat er die einschlägige Litteratur zusammengestellt.

Klein sieht im Infantilismus eine Prædisposition zu Erkrankung des Wurmfortsatzes, da durch eine Bildungshemmung der Appendix in die Längsachse des Blinddarmes zu liegen kommt, sich durch weite trichterförmige Eingangspforte und ungewöhnliche Länge auszeichnet.

Der Symptomenkomplex ist kein scharf umrissener; er zeichnet sich vielmehr durch Mannigfaltigkeit aus und läßt oft an alles andere eher denken, als an eine vom Wurmfortsatz ausgehende Erkrankung. Die Manifestationen der sog. larvirten Appendicitis sind nicht wesentlich verschieden von den Prodromen der klassischen, es sind Erscheinungen, wie sie dem Interwall des remittierenden Typus zukommen oder als Residuen einer Attacke zurückbleiben (Postappendicitis von Fenger). Zunächst handelt es sich um allgemeine unbestimmte Bauchsymptome, die eine

Lokalisation auf die rechte Unterbauchgegend vermissen lassen. Die bestehenden Magenbeschwerden, die gerne als „Magenkrämpfe“ angesprochen werden, legen die Annahme einer gastrischen Affection sehr nahe, besonders, wenn in dieser Gegend Druckempfindlichkeit zu konstatieren ist, wenn Erbrechen sich hinzugesellt, was jedoch nicht häufig zu sein scheint (nach Rose), anderseits ist sogar Hæmatemesis beobachtet (Zypkin). Bald handelt es sich um schmerzhafte Sensationen, die mit der Nahrungsaufnahme in mehr weniger lockerem Zusammenhang stehen, bald rufen ganz bestimmte Speisen die Schmerzattacken hervor, bald gibt hastiges Essen oder etwas reichlichere Nahrungsaufnahme die Veranlassung; die Kranken gewöhnen sich dann an die Einhaltung einer bestimmten Diät, ohne jedoch eine Garantie für Ruhe zu haben. Dabei besteht Gefühl von Völle im Leib, der Abgang von Flatus sistirt und wird als Ursache des Unwohlseins angesehen. Es sind Beschwerden, wie sie häufig bei leichten Magen- und Darmaffektionen bestehen, von denen sie sich durch ihre Hartnäckigkeit unterscheiden; sie können jahrelang unter steter Zunahme bestehen. Der Appetit braucht nicht immer wesentlich gestört zu sein, in der Regel ist jedoch der Ernährungszustand reducirt, da wegen dyspeptischer Beschwerden die Nahrungsaufnahme eingeschränkt wird. Unter den dauernden Alterationen und der bestehenden Anæmie leidet das Nervensystem ganz erheblich, Leute, die von Haus aus nicht nervös oder hysterisch veranlagt sind, müssen schließlich Sanatorien aufsuchen und allerhand Badekuren durchmachen, ohne dauernde Heilung zu finden, bis durch einen perityphlitischen Anfall oder glücklichen Zufall der Appendix als Missetäter entdeckt und beseitigt wird. Auch Störungen der Herztätigkeit und Circulation können Symptome einer Appendix-Erkrankung sein, die bei negativem Befund an Herz und Lunge gerne als nervöse bezeichnet werden, aber mit Ausheilung der Appendicitis verschwinden (Sonnenburg).

Ewald hat 7 einschlägige Fälle zu Gesicht bekommen, in denen durch Operation die Diagnose bestätigt und Heilung erzielt wurde.

51jähriger Oberförster, der niemals eigentl. Anfall von Blinddarmentzündung hatte, war nur häufig mit hartnäckiger Obstipation behaftet,

die unter argen Schmerzen in der rechten und mittleren Unterbauchgegend und unterhalb des Nabels, besonders nach kleinen Verdauungsstörungen einherging. Im Stuhl, der durch Klysmata und starke Abführmittel erzielt wurde, gewöhnlich etwas Blut und Schleim.

30jähr. Arbeiter litt an anfallsweise auftretenden, von der Speisenaufnahme unabhängigen drückenden Magenschmerzen, bitterem Aufstossen und Erbrechen 10 Minuten nach dem Essen. Dabei Stuhlträgheit, Gewichtsabnahme, allgemeines Unbehagen und Schwächegefühl. Wegen unverändertem Magenchemismus zunächst Diagnose auf „nervöse Dyspepsie", die 4 Wochen erfolglos behandelt wird.

34jähr. Arbeiterin, die früher an linksseitiger Unterleibsentzündung litt, wurde mit der Diagnose eines schweren Magenleidens, wahrscheinlich altem Ulcus ventriculi geschickt. Die anfangs mehr periodisch aufgetretenen Schmerzen zeigten nagenden Charakter, strahlten nach dem Kreuz aus und waren stets unabhängig von der Nahrungsaufnahme, aber stets mit Unregelmässigkeiten, besonders Trägheit, des Stuhles und Schleimabgang verbunden. Anfangs wurde nervöse Hyperæsthesie der Magenschleimhaut als wahrscheinlich angenommen, rectaler Ernährungsversuch scheiterte wegen starker Schmerzen. Besserung bis zur Appendectomie nur gering.

Auf ähnliche Fälle verweist Sonnenburg (Nr. 15 u. 18 pag. 228), bei denen teils Gallensteine, teils Leberentzündung und Magenkatarrh angenommen wurde.

Zweimal beobachtete Lenzmann solche Erscheinungen, die sich im Anschluss an eine Geburt entwickelten, was er nicht für zufällig ansieht; eine der Patientinnen hatte vorher verschiedene Kuren erfolglos durchgemacht. In 2 andern von 4 Beobachtungen sind die unter kolikartigen Schmerzen in der Nabelgegend auftretenden Durchfälle besonders zu erwähnen.

Karewski konnte 3 junge Mädchen von schwerer chronischer Anæmie mit Magenkrampf und Erbrechen durch Entfernung des kranken Processus vermiformis heilen und Blos hat 8 rein chronische Formen mit anhaltenden Verdauungsbeschwerden beobachtet.

Ähnliches berichten Kümmell, Borchardt, Meusser u. Koch.

Als Begleiterscheinung der Appendicitis ist die Colitis zu erwähnen, die gewöhnlich nach der Resection des Proc. verm. zur Ausheilung gelangt, aber auch manchmal längerer Nachbehandlung bedarf. Unter 56 operierten Fällen fand Hedæus 4mal secundäre Colitis, Blos 5 unter 100, Riedel u. a. erwähnen sie.

Unter den Prodromen sind als præmonitorische Zeichen besonders die von seiten der Blase beachtenswert. Geradeso wie im Exacerbationsstadium Reizzustände bei der Harnentleerung oder Blasenlähmung vorkommen, können

dieselben der einzige Ausdruck einer im übrigen cachirt verlaufenden Blinddarmentzündung sein. Es besteht Monate, oft Jahre lang im Anschluß an Indigestionen oder auch ohne solche häufiger schmerzhafter Urindrang, krampfhafte Zusammenziehung der Blase nach der Miction und daran anschließend allgemeine Leibschmerzen. Diese Beschwerden können das Krankheitsbild derart beherrschen, daß die Diagnose auf Cystitis gestellt wird (Sonnenburg, Meußer, Karewski).

Ein Kranker Karewski's wurde 3 Jahre an „irritable bladder", behandelt; Aufklärung erfolgte bei dem inzwischen wirklich nervös gewordenen Mann durch einen echten perityphlitischen Anfall mit besonders hervortretenden Blasensymptomen.

Sprengel verfügt über einen Fall von App., bei dem jahrelange, leichte vergeblich behandelte Blasenbeschwerden durch Resection des Appendix beseitigt wurden.

Auch in unserm Fall 1. besteht seit mehreren Jahren Drang beim Urinieren und gewisse Blasenschwäche.

Die Einwirkung der chronischen Appendicitis auf das gesamte Nervensystem ist individuell verschieden, aber selbst willenskräftige Personen, die ihrer Beschwerden Herr zu werden sich bemühen, erlahmen schließlich und werden wirklich nervös. Riedel operierte einen Offizier, der vorher sich 2 Jahre in Nervenkliniken aufhielt, seitdem aber dienstfähig ist. Die Reizbarkeit der Nerven zeigt sich ja auch in den mannigfaltigen Beschwerden von seiten anderer Organe, die weit entfernt vom Krankheitsherde liegen, ohne in direkten Zusammenhang mit ihm zu stehen. Sind Verwachsungen nachzuweisen, so ist darin eine plausible Erklärung für die veränderten Funktionen gefunden; schwieriger steht es mit der Erklärung, wenn solche vermittelnde Membranen fehlen. Die Nerven des Appendix entspringen dem oberen Mesenterial-Nervengeflecht des Sympathicus, das auch in reichem Maße den Dünndarm innervirt und mit dem Plexus solaris, dem Nervengeflecht des Magens anastomosirt. Hieraus ist nach Sonnenburg die Art der Schmerzausbreitung bei Appendicitis, nämlich weit in die Bauchhöhle hinein erklärlich. Lenzmann denkt an reflektorische Störungen und irradiirte Schmerzen, analog einem cariösen Zahn, der

ohne selbst Schmerzen spontan zu verursachen, Neuralgien im Gesicht auslösen kann.

Eingehende Studien in dieser Richtung hat Lennander unternommen; seine Resultate klären manche dunklen Punkte in der Klinik der Appendicitis auf. Danach ist auch plausibel, warum häufig bestimmte Bewegungen, an denen der Ileopsoas und die Bauchmuskulatur beteiligt ist, bei mäßigen Entzündungsvorgängen am Processus vermiform. von starken Schmerzen begleitet sind.

Werden Patienten von Molesten, die mit dem Verdauungsgeschäft in Zusammenhang stehen, verschont, so werden sie umso mehr bei bestimmten Bewegungen geplagt, insbesondere sind Berg- und Treppensteigen — namentlich abwärts — Bücken, Heben von Lasten als auslösende Momente gefürchtet, die Beschwerden können einen solchen Grad erreichen, daß die Patienten völlig arbeitsunfähig werden; manchmal genügt schon eine Umdrehung oder Aufrichten im Bett, um blitzartig durch den Leib schießende Schmerzen zu erzeugen, manchmal tragen dieselben einen dumpf bohrenden Charakter, daß die Kranken sich den Leib halten müssen. Diese Zustände können Jahre hindurch bestehen und schließlich jede Lebensfreude und Bewegungslust rauben. Aus der reichen Kasuistik greife ich einige Fälle heraus, die Riedel beobachtet hat, bei denen anderweitige Symptome fast ganz fehlen.

21jähr. Patientin verspürte erstmals vor 7 Jahren beim Aufheben von Holz einen „Platzer" in der rechten Seite; seitdem gelegentlich bei schwerer Arbeit schmerzhaftes Ziehen im rechten Unterbauch, das stärker wurde, als sie sich stark im Bett gereckt hatte. Dann beim Drehen einer Maschine wieder Schmerzen, die sich allmählich verstärkten, bis Patientin ganz arbeitsunfähig wurde. Sonstige Symptome fehlten; W. sehr lang, ganz unverwachsen mit exquisiter App. granulosa. — Eine andere Patientin bekam nach ruhiger Tagesarbeit (Schneiderei) nachts einen Schmerzanfall der bald vorüber ging, sich später wiederholte und erst nach stärkerer Hausarbeit intensiver einsetzte, auf Bettruhe wieder verschwand.

Häufig finden sich derartige Klagen in den Krankenberichten und können manchmal als Lumbago gedeutet werden. In allen unsern Fällen geben die Patienten an, daß Gehen ihre Beschwerden steigert, so daß

sie auf Spaziergänge, Sport, Hausarbeit ganz verzichten müssen; in Fall 1. beherrschen sie das ganze Krankheitsbild.

I. Fall. Eintritt 11./3. 01, Austritt 6./4. 01. Rein chronische Appendicitis, ohne jeglichen acuten Anfall unter dem Bilde einer Ischias. Resectio Proc. vermiform., Heilung.

40jähr. Schneidersfrau, die früher nie ernstlich krank war, bekam nach der vierten Entbindung (i. J. 89) eine Bauchfellentzündung, die sie mehrere Monate ans Bett fesselte. Von da ab blieben Unterleibsbeschwerden in Form heftiger Menorrhagien und Schmerzen zurück. Dreimalige Excochleation des Uterus blieb erfolglos. Im Jahre 94 wurde durch Laparotomie die doppelseitige Castration gemacht. Die Periode blieb nach dem Eingriff dauernd weg und die Beschwerden hörten auf, nur bestanden 2 Jahre lang Ausfallserscheinungen. Von 1896 fühlte sich Patientin, abgesehen von zeitweiligem Nervenkopfweh, ganz gesund und arbeitsfähig. Verdauungsbeschwerden traten nie auf, Appetit war stets mässig. — Das jetzige Leiden begann im Mai 1900 mit Schmerzen in der rechten Bauchseite, die nur bei körperlicher Bewegung, spec. beim Treppen-Ab- und Berg-Absteigen sich einstellten; dadurch war sie veranlasst, das Gehen möglichst einzuschränken. Gegen Herbst trat eine Zunahme der Schmerzen ein, es wurden Einreibungen mit Kampferspiritus etc. vom Arzt verordnet, daneben Brom innerlich gegeben. Der Appetit nahm ab, Patientin fühlte sich matt, schwach, der Schlaf wurde schlechter; der Stuhlgang war dabei regelmässig, Erbrechen und Aufstossen stellten sich nicht ein. Gegen Weihnachten wurden die Schmerzen so stark, dass Patientin 10 Tage zu Bett liegen musste; in der Ruhe liessen die Schmerzen nach, bei jeder Bewegung im Bett steigerten sich dieselben. Der Hauptschmerz war in der Cœkalgegend lokalisirt, strahlte von da nach dem Bein zu aus. Von Januar stete Zunahme der Schmerzen, der Arzt hielt dieselben für Rheumatismus, ein Internist, der konsultirt wurde, für Ischias und machte Massage des Beines und Leibes; die Massage verschlimmerte den Zustand. Von Ende Februar ab erfolgte auch ein Ausstrahlen der Schmerzen nach oben hinten gegen die unteren Rippen, sowie ins Kreuz gegen die linke Seite hinüber. — Seit Dezember steht das rechte Bein in Flexion und wird nachgeschleppt; Gehen und Bücken sind erschwert. Fieber bestand nie, Stuhlgang stets regelmässig; Urinentleerung ungehindert, doch besteht seit mehreren Jahren Drang und eine gewisse Schwäche der Blase. Pat. will in den letzten Monaten abgemagert sein, nach Angabe des Mannes ist sie schwer leidend und vollständig arbeitsunfähig.

Stat. praes. Ziemlich kleine, gracil gebaute Frau von blassem Aussehen und mässigem Ernährungszustand. Keine Zeichen einer konstitutionellen Krankheit. In der Cœkalgegend findet sich — am Kreuzungspunkt der Hüftnabellinie mit dem Aussenrand des Rectus —

beim tiefen Eindrücken eine circumscripte intensive Druckschmerzhaftigkeit und bei genauer Palpation fühlt man daselbst einen über bleistiftdicken halbkleinfingerlangen Strang, dessen Betastung den Schmerz hervorruft; letzterer strahlt nach hinten oben gegen die untere Rippe aus (nicht ins Bein). Dicht unterhalb des Rippenbogens in der vorderen Axillarlinie ist beim bimanuellen Abtasten ebenfalls Schmerzhaftigkeit, aber geringerer Intensität nachzuweisen. Eine besondere Blähung des Cœcums nicht festzustellen, die rechte Fossa iliaca ist frei.

Rechtes Ileosacralgelenk auf Druck etwas empfindlich, sonst nichts Abnormes an demselben, auch nicht am Hüftgelenk. Das rechte Bein ist frei beweglich, die Muskulatur ebenso gut entwickelt, wie links. Der Gang ist stark hinkend, das rechte Bein wird in leichter Flexion gehalten und nachgeschleppt, der Oberkörper nach vorne übergeneigt. Beim Gehen tritt sofort starker Schmerz in der Gegend des Cœcum, resp. Colon ascend. auf, der sowohl an der Vorderseite nach dem Oberschenkel, als über die Kreuzgegend nach dem Gesäss und von da im Ischiadicus-Gebiet nach unten bis in den Fuss ausstrahlt. Das Bücken und Drehen ist infolge Steigerung der Schmerzen fast ganz unmöglich. Der schmerzhafte Bezirk kann von der Patientin gerade mit der Hand gedeckt werden.

Bei Bettlage hören die Bauchschmerzen ganz auf; die in der Cökalgegend bei Bewegung dann auftretenden Schmerzen strahlen gegen die Rippen nach hinten oben und über die Lumbalgegend bis in die linke Seite aus und sind so intensiv, dass Patientin oft laut aufschrie. Beim Aufstehen nach längerem Sitzen sind die Schmerzen der rechten Seite besonders stark und das Gehen sehr erschwert, nach einigen Schritten erfolgt letzteres dann leichter. — Kein Möbiusphænomen, Ischiadicus nicht besonders druckempfindlich, Sensibilität des rechten Beines intakt. Vagina mittelweit, Portio kurz, Uterus sehr klein und beweglich, Parametrien frei.

Diagnose: Wahrscheinlich chron. Appendicitis.

15./3. In Chloroform-Narkose, Schnitt am r. Rectusrand; der Proc. verm. ist frei beweglich, nach unten innen gelagert, etwas angeschwollen, mit Inhalt versehen, nirgends adhærent. (Anatom. Befund: Er ist 6 cm lang, enthält eine 2 ½ cm lange, ziemlich feste Kotsäule, die sich wurmförmig ausdrücken lässt; Schleimhaut verdickt, aufgelockert, ohne Ulcera und Narben. — Katarrhalische Append.) Im kl. Becken nichts Abnormes, ebenso am Sacrum und Gallenblase. Typ. Resection des Proc. verm.

Verlauf fieberlos, Wunde verheilt glatt, Allgemeinbefinden gut, so dass Pat. nach 18 Tagen aufstehen kann.

6. IV. Schwäche der Beine noch sehr gross, so dass P. nicht gehen und stehen kann; rechtes Bein steht gerade. Entlassung

27. IV. Befinden sehr gut, Schmerzen ganz geschwunden. Das Gehen ist noch erschwert durch Schwäche des rechten Fussgelenkes;

das Bein steht gerade, wird noch nachgeschleppt, bleibt aber gerade. Nervosität geringer als früher. Von jetzt ab Massage des Beines.

22. VII. Die Steifheit des Beines verschwunden, Pat. geht wieder normal, ist den ganzen Tag über tätig, hat nie Schmerzen. Stuhl stets regelmässig normal, Appetit mässig, Narbe schmerzlos. Gewichtszunahme.

2. X. Bestätigung des vollständigen Wohlbefindens und der Arbeitsfähigkeit. 1905. Pat. ist dauernd beschwerdefrei.

Epikrise: In dem vorliegenden Fall fehlen acute Anfälle und Erscheinungen von seiten des Verdauungstractus vollständig, Beschwerden beim Wasserlassen sind nur mäßig; umso intensiver tritt das Muskel- und Nervensystem mit gestörter Funktion in Vordergrund, so daß ein klinischer Lehrer zu der Diagnose Ischias kam und Massage verordnete, die das Gegenteil von Besserung erzielte.

Das Leiden begann mit Schmerzen, die nur bei bestimmten Bewegungen auftraten, sich aber allmählich derart verstärkten, daß die Patientin sehr elend wurde. Es sind zwei Gruppen von Schmerzen zu unterscheiden: Die direkte Palpation des Appendix läßt den hervorgerufenen Schmerz nach hinten oben gegen die Rippen ausstrahlen und verschont das Bein. Beim Gehen tritt sofort starker Schmerz in der Cækalgegend auf, der sich sowohl nach der Vorderseite des Oberschenkels, als auch dem Gesäß und in das Ischiadicus-Gebiet bis in den Fuß verbreitet, also Erscheinungen wie sie den Neuralgien des N. ischiadicus und cutan. femor. zukommen; dazu noch die Stellungsanomalie des Beines und die vorn übergeneigte Haltung des Oberkörpers vervollständigen das Bild der Ischias. Eine Erklärung für diese ausgedehnte Schmerzverbreitung läßt sich nicht geben, daß sie tatsächlich mit dem nur wenig erkrankten W. in ursächlichem Zusammenhang stand, beweist die eingetretene Heilung nach der Appendectomie; schon wenige Tage nach der Operation ist die Kranke beschwerdefrei in der Ruhelage, nach 4 Monaten vollständig arbeitsfähig und ist es bis heute noch. (4 Jahre).

Häufig begegnet man in den Berichten Angaben über Schmerzen, die nach dem Kreuz und dem Bein ausstrahlen,

aber nie sind dieselben mit solcher Intensität aufgetreten, wenigstens nicht bei der rein chronischen Perityphlitis.

Sonnenburg bespricht solche Symptome mit Rücksicht auf die Differentialdiagnose zwischen Psoas und Senkungsabscessen und perityphlitischen Eiterungen.

Karewski erwähnt, dass bei ausserordentlich torpide und langsam sich entwickelnden Eiterungen infolge Appendicitis ähnliche neuralgische Symptome sich zeigen können und als Ischalgie und Cruralgie gedeutet werden. Borchardt erinnert an Stellungsanomalien bei der eitrigen Perityphlitis, wie sie bei Psoitis und Hüftgelenksentzündungen auftreten.

Menard hat 2 Fälle von Appendicitis für Coxitis gehalten, und Körte eröffnete einen grossen appendicitischen Abscess in der Darmbeingrube, nachdem vorher die Stellungsanomalie eine Osteomyelitis des rechten Femurendes vermuten liess.

Sprengel dachte bei einem 19jährigen Patienten, der Schmerzen bald in der Lumbalgegend, bald in der Darmbeingrube, bald in der Hüftgegend klagte und dazu noch eine leichte Verkürzung des rechten Beines konstatiert werden konnte, an eine Coxitis. Ein negatives Radiogramm und eine derbe Resistenz in der Tiefe der Darmbeingrube liessen ihn eine chron. Appendicitis vermuten, er fand aber bei der Operation das überraschende Bild einer tiefstehenden Niere neben einem gegen die Darmbeinschaufel angedrückten, nur gering veränderten Wurmfortsatz.

Ein viel erörtertes und wichtiges Thema der Appendicitis-Frage bildet deren Beziehung zu den weiblichen Sexualorganen, sei es nun, daß Funktionsanomalien hervorragenden Anteil an einer im übrigen larvirten Appendicitis haben, oder daß ein engerer Causalnexus das Krankheitsbild kompliciert. Eingehendes Litteraturverzeichnis haben Fränkel und Pollak zusammengestellt.

Die früheren Beobachtungen nahmen durchweg eine Prädilection des männlichen Geschlechts für Appendix-Erkrankung an, jedoch scheinen die chron. Formen mehr beim Weibe beobachtet zu werden.

Ich führe einige ganz differente Statistiken an:

Sonnenburg: 340 Männer gegenüber 224 Frauen; bei Kindern annähernde Gleichbeteiligung beider Geschlechter (49 Knaben 43 Mädchen). Im Gegensatz hiezu stehen die von Landau citirten Tabellen:

Gordon . . .	58	Knaben	— 21	Mädchen
Matterstock . .	51	„	— 21	„
Jakob . . .	21	„	— 8	„
Hermes . .	949	Männer	— 628	Frauen
Hæmig . .	70 %	„	— 30 %	„
Blos . . .	58 %	„	— 42 %	„
Roux . . .	53 %	„	— 47 %	„
Koch . . .	48 %	„	— 52 %	„

In der letzten Zahlenreihe sehen wir sogar bezüglich der Frequenz ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, Fränkel, der auf Grund seiner Litteraturstudien und eigenen Erfahrungen eine Gleichberechtigung der Frauen bezüglich der Frequenz für erwiesen betrachtet, erfährt von Landau Widerspruch, der das beigebrachte Zahlenmaterial für zu klein hält, um bündige Schlüsse zu erlauben; andrerseits hat er nach dem umfangreichen vorliegenden Material und seinen eigenen Erfahrungen den Schluß gezogen, daß die Appendicitis in ihren originären Formen bei Männern häufiger ist, als beim Weibe, daß dagegen die Appendicitis der Weiber allermeist charakterisirt sei durch die von außen an den Processus vermiform. herantretende Entzündung (Periappendicitis).

Bedeutsam sind ferner die Mitteilungen der Operateure über die Häufigkeit der Wurmfortsatzerkrankung bei Frauen; so sah Hermes unter 75 gynækologischen Operationen 40 Mal Veränderungen am Processus verm. Eine ganze Reihe anderer Autoren wissen darüber zu berichten, so Dührssen, Kelly, Ammann jr., Schœmaker, Smith, Mc Laren, Edebohls, (4% aller Frauen leiden an App.), Krug, Martin, Sonnenburg, Krüger, Mühsam u.s.w.

Für das Mißverhältnis in der App. zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht ist die bessere Blutversorgung des weiblichen Appendix verantwortlich gemacht worden (Sonnenburg), andererseits hat man gerade in der bestrittenen Peritonealfalte (Lig. append. ovar., Lig. Clado etc.), welche die besondere Blutquelle in sich schließt, den Vermittler der engen Beziehungen zwischen Appendicitis und Adnexitis gesucht. (Barnsby, Füth, Nagel, Gegenbaur, Brösike, Martin, Hammerschlag).

Durch diese Gefäßfalte ist ein bequemer Weg für die Fortleitung entzündlicher Processe vom Cœkum und seinem Anhängsel zu den rechtsseitigen Adnexen in descendirender und ascendirender Richtung gegeben.

Die Lage und Länge des Proc. verm. spielt in den Wechselbeziehungen eine wichtige Rolle. Die am häufigsten vorkommende Lage ist die „Beckenlage“, bei der er gelegentlich mit der Hälfte seiner Länge in das kleine

Becken hinabhängt (Eisenhart, Füth, Siegel, Scheel, Binkley, Robinson, Waldeyer, Sudsuki). Robinson beschuldigt die Form des weiblichens Beckens, dessen Eingang nicht so kantig vorspringt, den Druck des Corsetts auf die Baucheingeweide und die Erschlaffung der peritonealen Befestigung nach vorausgegangenen Entbindungen. Fötale Verwachsungen kommen in Frage (Vautrin), ferner ist die variable Länge bei der direkten Contactmöglichkeit zu berücksichtigen, fiel doch Mundé bei einer vaginalen Operation der Wurmfortsatz zuerst in die Wunde, oder er reicht bis in die linke Fossa iliaca, wo er an Mastdarm oder linkem Ovarium adhärirte. (Fochier, Körte, Smith, Quénu).

Dysmennorrhœ, die mit Bestimmtheit auf den ovariellen Ursprung hinzudeuten scheint, ist manchmal geradezu pathognomonisch für Appendicitis; sie wird von Fränkel auf zwei Gruppen verteilt. In der einen zeigen die Fälle Verwachsungen zwischen den gleichzeitig erkrankten Organen, bei der andern besteht isolirte Erkrankung des Wurmfortsatzes mit oder ohne Verwachsung desselben mit den normalen Genitalorganen. In der ersten Gruppe wird das zur Zeit der Menstruation an und für sich empfindliche und geschwollene und außerdem erkrankte Ovarium durch seine Verwachsungen die Quelle von Schmerzen sein, die sich durch die stärkere menstruelle Blutzufuhr zu den Genitalorganen bis zur Unerträglichkeit steigern können. In der zweiten Gruppe scheinen die Menstruationsanomalien rein funktionell oder nervös zu sein. Meist handelt es sich um Mädchen oder sterile Frauen, die bis zum ersten appendicitischen Anfall regelmäßig und schmerzfrei menstruirt hatten, in andern Fällen sind die dysmenorrhoischen Beschwerden durch die Erkrankung des Wurmfortsatzes gesteigert worden.

Hermes teilt 3 Fälle mit, die in typischer Weise den Einfluss der Appendicitis auf die Menses zeigen.

Ein 27jähr. Mädchen wurde nach dem zweiten Anfall operirt und eine kleine Abscesshöhle dabei geöffnet, der W. jedoch nicht gefunden. Nach 2 Monaten wegen Schmerzen Spaltung der Narbe, viel Eiter kommt zu Tage, nicht der W. Bei der nächsten Periode treten im Gegensatz zu früher äusserst heftige Schmerzen im Leib und der rechten Seite auf, die sich jedesmal wiederholen. Bei einer dritten Laparatomie wird der

verwachsene W. entfernt, die Menses bleiben dann ohne Beschwerden. — Bei einer 40jähr. Frau verschlimmerten sich mit jeder Periode die chron. Beschwerden, dieselben verschwinden nach Resection des W. -

30jähr. Pat. bekam nach Heben eines schweren Bottichs zeitweise Schmerzanfälle in der rechten Bauchgegend. Während früher die Menstruation stets ohne Beschwerden verlief, wurde sie nach der 3. Attacke jedesmal sehr schmerzhaft und viel stärker wie früher. Bei der Operation zeigen sich zarte Verwachsungen zwischen Cœcum, Mesenteriolum und Wurmfortsatz, der letztere leicht injicirt u. s. w. Menstruation seitdem ohne Beschwerden.

Müller erwähnt unter den Symptomen der chron. App. die dysmennorrhoischen Beschwerden.

Unter 13 wegen chron. Append. operirten Frauen, berichtet Brandt, wurden 3 durch die Operation von einer lang dauernden, starken Dysmennorrhœ befreit, und dabei zu seiner Überraschung keine Spur von Adhærenzen mit den Adnexen gefunden.

Ochsner sagt, dass für den Causalnexus charakteristisch sei, einerseits die Steigerung der vom Appendix ausgehenden Beschwerden während der Menses, andrerseits die Lokalisation der dysmen. Beschwerden bezw. der Erkrankung der Uterusanhänge auf die rechte Beckenhälfte. Smith beschreibt einen Fall, wo einer jungen Frau wegen heftiger Schmerzen in der rechten Seite und starker menstrueller Blutungen das vergrösserte rechte Ovarium samt Tube entfernt wurde. Als die Schmerzen nicht nachliessen, wurde nach 6 ½ Monaten auch das linke, unterdessen erkrankte Ovarium entfernt, dabei zeigte sich der Stiel der rechten Adnexe und Appendix als feste dicke Masse mit dem Cœcum verwachsen. Erst nach Lösung der Verwachsungen wurde die Frau von ihren Beschwerden befreit.

Krüger: 29jähr. Pat. hatte 3 Anfälle, 1 Abort, dann Operation. Nach dem ersten Anfall verspürte sie während der ersten Tage der Regel einen leisen, ziehenden Schmerz in der rechten Seite, die Blutung war jedoch nicht stärker wie früher. Der W. ist durch flächenhafte Adhæsionen mit dem Ovarium verbunden.

Auch in einer von Blos mitgeteilten Krankengeschichte sind heftige menstruelle Beschwerden erwähnt, die seit 8 Jahren bei einer chron. Appendicitis bestehen.

Dysmennorrhœ beobachtete Rostowzew in einem Fall, der einer Appendicitis mit diffuser Peritonitis ähnlich war, wo aber die Schmerzen ebenso rasch schwanden, als sie am Tage vorher aufgetreten waren.

Deaver behauptet, dass Verwachsungen des App. Dysmennorrhœ und Tubenschwangerschaft erzeugen können.

Klein: Pat., die seit 1 ½ Jahren öfters Blinddarmentzündung durchmachte, leidet seit Jahren an ungemein heftigen Schmerzanfällen, die 8 Tage vor den Menses beginnen und bis zu 8 Tagen nachher anhalten; erfolglose Behandlung bis zur Exstirpation der kranken Teile.

Moraller beobachtete einen Fall von Dysmennorrhœ, bei dem sich keine objective Ursache für die Schmerzen nachweisen liess. Die

wegen Erfolglosigkeit jeglicher Therapie ausgeführte Operation ergab, dass hinter dem normal grossen, rechten Ovarium der verdickte, an der Spitze winklig abgeknickte Wurmforts. an der Beckenserosa angelötet war; die Entfernung des letzteren beseitigte die Beschwerden der Kranken. Ähnliche Beobachtungen machten Koch, Beahan (4 Fälle bei jungen Mädchen), Mc Laren, der unter 20 Fällen von gleichzeitiger Entfernung des Appendix und Adnexe 6 Fälle sah mit Dysmennorrhœ bei jeder Regel, u. a. m.

Nach all dem äußert sich der Einfluß der Appendicitis auf die Menstruation ungefähr in folgender Weise: Mit dem Einsetzen der Blinddarmzufälle treten häufig schon vor Beginn der Regel (Delagénière) Schmerzen auf, bald nur leise ziehende, bald sich bis zur Unerträglichkeit steigernd. Sie werden besonders in der rechten Seite lokalisirt, von da ausstrahlend, bleiben während der Blutung bestehen und überdauern dieselbe manchmal um einige Tage. Seltener sistirt nach dem ersten Anfall die Blutung, weit häufiger wird sie stärker und von längerer Dauer, kann auch unregelmäßig auftreten. Die Beschwerden, die meistens Mädchen und sterile Frauen zu treffen scheinen, trotzen der landläufigen Behandlung und weichen erst nach der Exstirpation des W. Ihr erstes Auftreten knüpft sich bei den Patienten, die vorher normal menstruirten, an die erste oder eine spätere Blinddarmentzündung, bestanden schon früher leichte menstruelle Molimina, so geben die Kranken eine Vermehrung derselben seit der Darmerkrankung an. Daneben bestehen oft Schleim- und Eiterabsonderung als Zeichen des begleitenden Uterinkatarrhs.

II. Fall. Eintritt 8. VIII. 00, Austritt 11. IX. 00. Recidivirende Appendicitis mit zunehmenden dysmennorrhoischen Beschwerden. Exstirpation des W. und der rechtsseitigen Adnexe. Heilung.

M. S., 18jährig, war, abgesehen von Kinderkrankheiten, nie ernstlich krank und immer sehr kräftig. Im Sommer 96 erkrankte sie akut an Perityphlitis mit Erbrechen, heftigen Leibschmerzen, hohem Fieber, lag 4 Wochen schwer krank; danach fühlte sie sich wieder gesund, hatte aber häufig über Schmerzen in der Cökalgegend, besonders nach Anstrengung, zu klagen und musste deshalb in der Schule vom Turnen dispensirt werden. Im J. 97, etwa um die Osterzeit, wurde sie zum zweiten Male von Blinddarmentzündung befallen, die milde verlief und nur 14tägige Bettruhe erforderte. Die Cökalschmerzen blieben in

der Folge bestehen und wurden eher stärker als vorher. Der dritte Anfall im Jahre 98 mit stärkeren Erscheinungen und 3wöchigem Krankenlager. Seitdem ist kein eigentlicher Anfall mehr eingetreten, die chron. Beschwerden haben aber zugenommen. Pat. hat bei jeglicher körperlicher Anstrengung, auch beim schnellen Gehen in der Ebene, beim Treppensteigen etc. dumpfe bohrende Schmerzen in der Cökalgegend; solche treten auch ab und zu nach den Mahlzeiten, besonders nach raschem Essen auf. Durch diese Schmerzen ist Pat. gezwungen, ruhig zu leben, auf jeglichen Sport etc. zu verzichten. Der Appetit war dabei immer gut, der Stuhl häufig unregelmässig, es bestanden ab und zu Durchfälle, dann wieder Verstopfung. Keine Gewichtsabnahme.

Die Periode stellte sich im 13. J. ein, war bis zur ersten Blinddarmentzündung stets regelmässig, ohne Schmerzen. Seit der ersten Blinddarmentzündung sind starke und zunehmende Menstruationsbeschwerden aufgetreten; schon zwei Tage vor Eintritt der Periode bestehen krampfartige Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die während der Periode andauern und allmählich abklingen. Die Periode dauert jeweils 8 Tage (gegenüber 6 Tage früher), war mit starkem Blutabgang verbunden; nach Ablauf derselben stellte sich jeweils Fluor albus ein. 1896, 97 u. 98 musste Pat. jedesmal 4 Tage während des Unwohlseins zu Bett liegen, in den letzten 2 Jahren hielt sie sich ruhig, blieb nicht im Bett, ohne dass indessen eine Besserung eingetreten wäre. Letzte Periode dauerte 9 Tage, war mit starken Beschwerden verbunden; auch zwischen 2 Perioden bestehen häufig Unterleibsschmerzen und zwar stets rechterseits, etwas tiefer als die Blinddarmschmerzen.

Stat. præs. Kräftig gebautes, gut genährtes Mädchen, von gesundem, frischem Aussehen. Genau am Mc. Burney'schen Punkt ist bei tiefem Eindrücken eine ziemlich starke Schmerzhaftigkeit vorhanden, es fühlt sich die betr. Gegend resistenter an, Stränge oder Geschwulstbildung ist aber nicht nachzuweisen. Die Ovarialgegend ist links etwas, rechts stärker druckempfindlich.

Klin. Diagnose: Chron. Appendicitis, W. wahrscheinlich mit den rechtsseitigen Adnexen verwachsen, die Menstruationsbeschwerden sind höchstwahrscheinlich die Folgen einer solchen Adhæsion.

11. VIII. 00. Operation, Paramedian-Schnitt; der W. präsentirt sich sofort nach innen unten gelagert, der Lin. innominata gerade aufliegend; dicht daneben auf letzterer fand sich die nach oben geschlagene Tube mit geschwollenen Fimbrien, verlängert, geschlängelt, sonst unverändert. Dicht neben der Basis des nicht adhärenten 5 cm langen, in toto etwas verdickten und in seiner peripheren Hälfte flüssigen Inhalt aufweisenden W. zeigten sich peritonitische Strangbildungen, die vom Ileo-Cœcum zu den rechten Adnexen reichten. Dieselben wurden teils stumpf durchtrennt, teils

durchschnitten u. s. w. Nach Vorziehung der rechten Adnexe fand sich eine über taubeneigrosse Ovarialcyste; die rechtsseitigen Adnexe werden abgetragen. Der vorher retroflectirte Uterus hob sich nach der Exstirpation, die linken Adnexe sind normal. Resection des Proc. verm. Der Proc. verm. ist 4 ½ cm lang, etwas verdickt, aus der Schnittfläche entleert sich bei Druck erst breiiger Kot, dann eitriger Schleim; die Schleimhaut zeigt sich aufgeschnitten beträchtlich geschwollen und gelockert (kat. Append.) Das Ovarium zeigt ausser der nussgrossen Follicularcyste noch eine Reihe kleinerer Cystchen auf dem Durchschnitt. Die Tube hat aufgeschnitten ausser leicht katarrh. Schwellung nichts Besonderes.

Verlauf fieberlos, so dass Pat. am 31. VIII. aufstehen kann.

7. IX. Die am 2. IX. eingetretene, ziemlich starke Periode heute vorüber; nur an den beiden ersten Tagen bestanden Schmerzen, Blutung viel geringer wie früher.

11. IX. Geheilt entlassen, dabei völliges Wohlbefinden, keine Beschwerden, auch nicht beim Treppensteigen, Gehen etc.

Die nächste Periode verläuft schmerzlos mit mässigem Blutabgang, ohne Fluor. Befinden vorzüglich.

Epikrise: Patientin hat unterdessen geheiratet und eine normale Geburt und Wochenbett ohne besondere Beschwerden durchgemacht; sie befindet sich vollkommen wohl.

An diesem Fall ist der Einfluß der Blinddarmentzündung auf die Menstruation deutlich zu erkennen. Sofort nach dem ersten Anfall trat Dysmennorrhœ ein und zwar wird die Periode schon 2 Tage vorher eingeleitet durch krampfartige Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die während der Regel andauern und allmählich abklingen, die Dauer ist um 2 Tage verlängert, der Blutverlust vergrößert; am Ende stellt sich Fluor albus ein. Die Beschwerden sind derart, daß die Kranke jedesmal das Bett hüten muß, sie weiß ferner anzugeben, daß mit jedem neuen Anfall sich auch die Beschwerden steigerten; Beweise genug, daß die Dysmennorrhœ nicht der Ovarialaffection aufgebürdet werden darf. Offenbar ist der vorhandene Tubenkatarrh secundärer Natur.

Die relativ häufig vorkommenden Erkrankungen der weiblichen Genitalien mit Appendicitis können völlig unabhängig nebeneinander hergehen oder sie stehen in engem Causalnexus. Bei 75 gynækol. Fällen konstatirte Hermes 40 Mal Veränderungen am W. und unter diesen waren

11 Fälle = 27,5 %, bei denen er einen direkten Zusammenhang ausschließen muß; allerdings wiesen weder Anamnese noch Befund vor der Operation auf eine begleitende Appendix-Erkrankung hin. Auffallend erscheint ihm die geringe Beteiligung der chronisch entzündlichen bezw. eitrigen Adnexaffectionen gegenüber einem recht erheblichen Procentsatz der Geschwülste. Auch Fränkel hält die zufällige Coincidenz für seltene Fälle möglich. Genannt zu werden verdienen Ovarialcysten z. T. mit Stieldrehung komplicirt, deren gehäuftes Auftreten mit begleitender Appendicitis in Zusammenhang stehen soll; ferner Parovarialcysten, Dermoide und Myoma uteri. Gedacht muß noch werden der Hæmatocele und Extrauteringravidität neben Appendicitis, ferner der Beziehungen zu Retroversionen und Retroflexionen des Uterus, da die Ursache der diesen zugeschriebenen Beschwerden ihren ursprünglichen Sitz in einer larvirten Appendicitis haben kann und dann gerne übersehen wird. Landau findet einen ursächlichen Zusammenhang darin, daß infolge Abmagerung die Bänder erschlaffen.

Die entzündlichen bezw. eitrigen Adnexerkrankungen stellen eine häufige Genital-Komplication der Appendicitis dar. Der anatomische Befund präsentiert dann entweder Endo- oder Periappendicitis, die Adnexe in verschiedenen Stadien infectiöser Entzündung; als Bindeglied dienen Verwachsungen zwischen genannten Organen von dünnen Membranen bis zu derartigen Adhæsionskonglomeraten, die eine Differenzierung der einzelnen Organe schwierig machen. Dabei kann der verlötete W. weit ausgezogen werden bis zum Rectum (Jagard) oder linksseitigem Adnexpacket (Routier), nicht besser ergeht es der Tube (Kaufmann's Fall). Zu den schwersten Destruktionen führt dann die eitrige Einschmelzung dieser Knäuel.

Abgesehen von den Abscessen append. Ursprungs, die nur zufällig durch ihre Größe und Lage die Genitalien tangiren oder infolge sonstiger günstiger Umstände mit denselben in Berührung treten, wie die Douglasabscesse, sind von eitrigen Affectionen Pyosalpinx und Ovarialabscess zu nennen. (Kümell, Linkenheld.)

Nur streifen kann ich das Gebiet der konsecutiven

Parametritis; Treub hat auf eine besondere Form derselben hingewiesen und von Hermes u. a. Bestätigung erhalten.

Bei den nicht purulenten Entzündungen spielen die Pseudomembranen eine hervorragende Rolle. Sie geben die natürliche Brücke für die Bakterienwanderung, zumal zu Zeiten hyperæmischer Anschoppung und stellen die Residuen verschiedenartiger Exsudate dar. Ihre mechanische Wirkung auf die Organe, besonders den Appendix, ist nach Form und Beschaffenheit und Lokalisation verschieden

Die klinischen Erscheinungen stellen eine Kombination der oft wenig variierenden Krankheitsbilder der chronischen Appendicitis und Salpingo-Ophoritis dar, bald wird je nach der Genese das eine, bald das andere die Situation beherrschen, wenn nicht die den beiden Krankheiten gemeinschaftlichen peritonitischen Reizerscheinungen, die bei dem Vorrücken der Infektion auftreten, dem Ganzen das Gepräge geben. Wie schon erwähnt, ist ein paralleler Verlauf beider Affektionen im entzündlichen Stadium wenig beobachtet, fast immer ist die eine als die Folge der andern anzusehen. Welches Organ die Einleitung übernimmt, ist noch nicht entschieden; die eine Seite von Autoren sieht im W. den Ausgangspunkt der Doppelaffektion, die andere, anscheinend überwiegende, will die Genitalien als ursprünglichen Herd aufgefaßt wissen; fast alle geben beide Möglichkeiten zu. Die weitere Möglichkeit, daß durch ein specifisches Virus die Organe der Bauchhöhle, insbesondere Appendix und Adnexe gleichmäßig inficirt werden, ist von geringer praktischer Bedeutung.

Klinische Beobachtung und Anamnese lassen bei der Deutung des jeweiligen Zusammenhanges, zumal in ausgebildeten Fällen, meist im Stich, immerhin sind einzelne Fingerzeige wertvoll. Sichere Zeichen einer ascendirenden Gonorrhœ, Abort, Partus oder sonstige unzweifelhaft den Genitalorganen entstammende Erscheinungen sprechen für genitalen Ursprung der fraglichen Affection, während virginelle Verhältnisse und einseitige Adnexitis eine primäre Appendicitis vermuten lassen. In vielen Fällen ist die Deutung der subjectiven Klagen ohne objectiven Befund schwierig, ja unmöglich. Die in der Martin'schen Klinik

versuchte Lösung der Frage auf bakteriologischem Wege hat ebenfalls kein befriedigendes Resultat ergeben (Martin, Zweifel, Fränkel, Krönig). Nicht viel mehr Aufklärung gibt die Betrachtung der Operationsbefunde und anatomischen Präparate. Wenn die Appendix-Schleimhaut intakt oder nahezu unverändert gefunden wird und nur Periappendicitis besteht, so kann man annehmen, daß der Proceß von den mitbeteiligten Adnexen ausgeht; ist dagegen die Erkrankung des W. weiter fortgeschritten und daneben sind geringe Veränderungen an den Uterusanhängen, so ist der Schluß gerechtfertigt, die Appendicitis als primär zu halten. Gleichmäßig entwickelte Zustände beiderseits können eine Entscheidung unmöglich machen.

Robinson hat auf Grund von 1000 Untersuchungen gefunden, daß die linke Tube ein weiteres Lumen habe als die rechte und etwa zweimal so oft inficirt sei. Zweifellos trage also das engere Lumen und Orificium der rechten Tube zur Infections-Verhütung vom Uterus aus bei und der Appendix sei für die Infection der rechten Tube weit häufiger verantwortlich zu machen, als angenommen werde. Binkley, der zweimal anscheinend nicht erkrankte Appendices mit der Tube, zweimal mit Pyosalpinx verwachsen sah, nimmt beide Entstehungsmöglichkeiten an.

Dührssen hat unter 19 Fällen nur einmal ein Empyem des W. als primär angesehen; auch Müller gibt beide Möglichkeiten zu. Beck, Hawkins, Blos, Edebohls, W. A. Freund, Mittermaier, Seitz, Landau geben Adnexaffection als Ausgangspunkt an, andere Autoren betrachten die Appendicitis als solchen, ich nenne nur Sprengel, Mc. Laren, Lapthorn Smith, Krug, Kraus, Borchardt (unter 8 Fällen 3 virgines), Körte (unter 5 F. 3 virgines); Amann, Ochsner, Rostowcew stellen Material, das nach beiden Seiten verwertet werden kann.

Nach Fränkels Erfahrungen ist die primäre Appendix-Erkrankung häufiger als die der Adnexe; im Gegensatz hiezu steht Hermes; er kann es jedoch nicht jedesmal stringent beweisen, nur einen einzigen Fall hat er gesehen, in dem mit Sicherheit der W. die Veranlassung zu Genitalerkrankung gegeben hat.

In unseren Fällen geht die Erkrankung bei II und IV wohl vom Appendix, bei III und V von den Adnexen aus.

III. Fall. Eintritt 11. VI. 02, Austritt 16. VII. 02.

Recividirende Appendicitis combinirt mit Adnexerkrankung.

Exstirpation des Proc. verm. und der rechtsseit. Adnexe. Heilung.

O. A., 22 J., war als Kind schwächlich, mit 16 Jahren bleichsüchtig. Die Periode trat im 11. J. ein, war in den ersten Jahren unregelmässig, stets mit Schmerzen verbunden. Wegen starker Unterleibsbeschwerden wurde im 17. J. ein Curettement gemacht, das wesentliche Besserung brachte. Mit 18 Jahren heiratete sie, beim Coitus keine Schmerzen; September 99 Partus, Gravidität war gut verlaufen, Entbindung musste mit der Zange beendet werden. Das Kind wog über 4 kg, starb während der Geburt infolge Nabelschnurumschlingung; das Wochenbett verlief ohne Störung. Die Periode kam seitdem alle 3 Wochen, verlief mit starken Schmerzen, dauerte jeweils eine Woche und war mit ziemlich erheblichem Blutverlust verbunden. Einige Tage vor Eintritt der Periode bestanden meist schon Unterleibsbeschwerden und Kopfweh. Von der Gravidität ab litt Pat. bis jetzt an hartnäckiger Obstipation. — Im Dezember 1900 erkrankte Pat. an Blinddarmentzündung, die mit Fieber, Erbrechen und starken Schmerzen einherging und 6 Wochen Bettruhe erforderte. Seitdem hat die Obstipation noch zugenommen; es kam oft 8—14 Tage kein Stuhl, es mussten stets Abführmittel und Einläufe gebraucht werden. Im Anschluss an die Perityphlitis stellten sich öfters, besonders bei Anstrengung, Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend ein, die manchmal nach dem Bein ausstrahlten, auch nach dem Nabel sich ausdehnten; in der Bettruhe schwanden dieselben, beim Stuhlgang waren sie gesteigert, die Periode übte keinen Einfluss auf sie aus. Infolge der Beschwerden fühlte sich die Pat. im letzten Jahre stets leidend, musste sich sehr schonen, war oft bettlägerig; der Appetit war meist gering, es bestand oft Druckgefühl im Magen, Aufstossen und Übelkeit.

Im Mai machte Pat. eine Mastkur durch, nahm anfangs zu, dann wieder ab; die Verstopfung wurde durch Öleinläufe bekämpft. Die Behandlung hatte keine Besserung der Beschwerden zur Folge, die Schmerzen nahmen eher an Intensität zu. Nie Blasenstörungen.

Stat. præs. Kleine gracile, magere Frau von gesundem, frischen Aussehen. Leib eher etwas eingesunken, überall tympanitisch. Die Ovarialgegend ist beiderseits bei tiefem Eindrücken etwas empfindlich; ziemlich genau am Mc. Burney'schen Punkt ist bei tiefem Eindrücken eine ausgesprochene Schmerzhaftigkeit vorhanden und man fühlt daselbst an der Lin. innominat. einen kleinfingerdicken, rundlichen Strang, der

sich mit dem Finger etwas hin und herrollen lässt und sehr empfindlich ist. Sonst ist im Leib nirgends Schmerzhaftigkeit noch Resistenz nachweisbar. Rechte Niere etwas tiefstehend, unterer Pol fühlbar. Vagina mittelweit, Portio nach unten gerichtet, Muttermund quer gespalten, klaffend mit Erosionen und Verlängerung der vorderen Lippe. Uterus anteflectirt, etwas vergrössert, beweglich, am Fundus druckempfindlich. Rechtes Ovarium tiefstehend, über nussgross, empfindlich, linkes Ovar ebenfalls etwas vergrössert. Parametrien frei. Die spontanen Schmerzen werden in der Cœkalgegend lokalisiert.

Klin. Diagnose: Chron. Append. u. chron. Oophorit. dextr., Metritis, Endometritis, Erosionen.

12. VI. 02. Operation. In der Wunde liegt das geblähte Cœcum vor, der sehr lange Proc. verm. ist nach hinten oben geschlagen, an seinem peripheren Ende frei; an der Grenze zwischen basalem und mittl. Drittel zeigt sich eine Abknickung dadurch hervorgerufen, dass ein pseudomembranöser Strang an der Vorderseite des Processus entspringend nach abwärts ins kleine Becken zieht. Ähnlich Pseudomembranen mit reichlichen Gefässen finden sich am Cœcum selbst. Der basale Teil des Proc. verm. ohne Veränderung. Resection. Das rechte Ovarium ist pflaumengross, ziemlich tief stehend, nicht adhærent, Tube geschwollen und verlängert; der antefl. Uterus ist beweglich, etwas verdickt; die linken Adnexe normal. Die rechtsseitigen Adnexe werden entfernt.

Proc. verm. ist 12 cm lang, gleichmässig verdickt, enthält in seinem peripheren Teil einen Kotstein und breiigen Kot. An der Stelle der Knickung zeigt die sonst normale Oberfläche Pseudomembranen. Mikroskopie ergibt chron. Append. Das pflaumengr. Ovarium enthält auf dem Durchschnitt eine Anzahl von Follicularcysten. Die resecirte Tube ist 7 cm lang, geschlängelt und etwas verdickt, die Fimbrien geschwollen. An der Hinterfläche des Lig. lat., sowie auf dem Serosaüberzug der Tube sind eine Reihe hirsekorngr., sagoartiger Knötchen sichtbar. Mikroskopisch schwankt die Diagnose zwischen Abkömmlingen Wolff'scher Gänge und Wucherungen versprengter Corpus-lut.-Zellen.

9. VII. Der seitherige Verlauf war nicht wesentlich gestört, die Obstipation ist noch sehr hartnäckig. Seit einigen Tagen bestehen ab und zu vorübergehende Unterleibsschmerzen. Die Periode ist genau 4 Wochen seit der letzten eingetreten, dauerte kaum 3 Tage, war am ersten Tag ziemlich stark, dann mässig und war mit nur geringen Beschwerden verbunden.

1. VIII. Aussehen sehr gut; Patientin hat kaum nennenswerte Beschwerden, geht über eine Stunde spazieren; der Stuhl erfolgt täglich auf eine Pille oder gewöhnlichen Wassereinlauf. Die heute eingetretene Periode ist mit Schmerzen verbunden, die aber bei weitem nicht so stark sind wie früher.

Patientin wird in ihre Heimat entlassen.

Epikrise. In diesem Falle machen Sexualerkrankung und Perityphlitis bezügl. der Priorität sich den Rang streitig. Der Annahme, daß die ganze Affection von den Geschlechtswerkzeugen ausging, gestützt auf die bestehende Endometritis und Metritis und die geringe Veränderung am Proc. verm. stehen eine ganze Reihe von Tatsachen gegenüber; auffallend sind die starken Unterleibsbeschwerden der virgo, die Dysmennorrhœ zeigt den für Appendicitis charakteristisch sein sollenden Typus, (beides können Symptome einer latenten Append. sein, die ja auch hier zum Ausbruch kam), der einseitige Sitz der Adnexerkrankung, all das spricht für primäre Perityphlitis. Jedenfalls ist eine definitive Entscheidung nicht leicht. Wenn auch in der kurzen Reconvalescenz nicht alle Beschwerden zum völligen Verschwinden kommen, so ist an dem guten Resultat doch die auffallende Veränderung der Menstruation hervorzuheben; die übrigen Sensationen sind ja ganz geschwunden.

In der seitherigen Betrachtung hatten wir entweder mit klassischer Perityphlitis und nebenher gehenden Genitalbeschwerden zu tun, oder mit Sexualaffectionen von Nebenerscheinungen begleitet, wie sie der Appendicitis eigen sind. Die Krankheitsbilder der rein chron. Appendicitis und der chron. Salpingo-Oophoritis haben so viel übereinstimmende Symptome, daß sie nicht scharf auseinandergehalten werden können.

Landau unterscheidet 4 Kategorien von Pyosalpinx-Kranken und schildert sie folgendermassen:

1. Die Frauen fühlen dumpfe Schmerzen oder gelegentlich auch Koliken. Sie sind nicht imstande, lange zu gehen oder schwerere Arbeiten zu verrichten, schon das Treppensteigen wird beschwerlich. Ein objektives Zeichen pflegen Metrorrhagien zu sein. Die meisten schreiben ihr Leiden einem Partus oder Abortus zu, gewöhnlich haben sie auch seitdem nicht mehr concipirt.
2. Die Patienten fühlen beständig im Unterleib, also bei Pyosalp. dextr., rechts einen Schmerz, bald stechend, bald brennend, bald nach den Beinen ausstrahlend. Beim Arbeiten u. s. w., besonders bei erschwerter Defäcation, nimmt die Schmerzhaftigkeit zu, während Ruhe und Compressen sie lindern. Ihr „Kreuz“ ist ihnen wie zerbrochen und sie haben je nach dem Sitz der Pyosalpinx ein dauerndes Gefühl von Brennen und Bohren über der Synchondrosis sacro-iliaca. Die Menstruation ist unregelmässig, schmerzhaft von langer Dauer, die Patienten leiden auch an præmenstruellen

Molimina. Der Coitus pflegt schmerzhaft zu sein und ebenso löst Touchiren in der Scheide einen heftigen Schmerz aus. Es können auch die Schmerzen nur zu Zeiten der Menses akut werden. Bei vielen hat sich das Leiden schleichend entwickelt, viele geben an, nie gefiebert zu haben.

3. Bei dieser Gruppe handelt es sich um chronisch-recidivirende Bauchfellentzündung im Gefolge der Pyosalpinx. Nach Excessen in Venere, nach Anstrengung der Bauchpresse, nach Traumen, aber auch ohne jede äussere Veranlassung kehrt die schon oft überwundene lokale Empfindlichkeit im Bauch wieder. Die auftretenden acuten Attacken machen schliesslich einem mehr chronischen, nicht zu intensiven Unwohlsein Platz; Ziehen und Drücken im Kreuz, in den Beinen nach den Hüften, Schwäche in den Beinen, dann dyspeptische Erscheinungen aller Art lösen den Anfall ab. Ein Teil der Kranken erholt sich einigermassen, bei andern kommt es nie wieder zu völligem Wohlbefinden, weil die Magen-Darm-Funktionen vollkommen darniederliegen. Die Ernährung leidet, Erbrechen, Uebelkeit und Verstopfung bleiben bestehen, die Patienten magern ab. Mitunter kommt es zu chron. Ileus.
4. Die Unglücklichsten sind die Kranken, bei denen alle eben genannten Erscheinungen nicht mehr intermittiren, sondern völlig konstant geworden sind.

Die auffallend zahlreichen Analogien mit der larvirten App. lassen es natürlich erscheinen, wenn der Arzt in ungewissen Fällen in der Genitalaffection, zumal bei positivem Tastergebnis, die Ursache der Beschwerden anzunehmen geneigt ist, bis ein sicherer Blinddarmanfall die Wagschale nach der andern Seite zieht. Gelegentlich der Besprechung der Symptomatologie der rein chron. App. haben wir erfahren, daß dieselbe eine Genitalerkrankung vortäuschen kann, ohne daß ein diesbezügl. pathol. anatom. Substrat vorhanden ist. Ferner ist bei gynækologischen Operationen in recht erheblichem Procentsatz neben chron. Adnexitis der W. isolirt erkrankt gefunden. Danach ist der Weg nicht weit zu dem Schluß, daß auch Fälle vorkommen, bei denen akute Exacerbationen fehlen und die zweideutigen Beschwerden aus einer kombinierten Appendicitis-Adnexitis entspringen. Wenn auch bis jetzt keine derartigen Fälle beschrieben sind, so sind sie sicher nicht allzu selten. Ein Teil der Kranken wird sehr wahrscheinlich lange Zeit an Adnexkrankheit mit zweifelhaftem Erfolg behandelt, bis ein

kräftiger Schub von einem der Organe, hauptsächlich aber vom W. aus einen operativen Eingriff erheischt; andere Fälle sind vermutlich in den großen Statistiken untergegangen, auch wird die Beurteilung vom jeweiligen Beobachter verschieden ausfallen, ob eine anfallsartige Steigerung der Beschwerden schon als unzweifelhafter Anfall angesprochen werden muß oder nicht. Symptome und Befund stellen bei den Fällen, die ich meine, eine Kombination dar aus der chronischen Appendicitis im engeren Sinn und der chron. Salpingo-Oophoritis. Herr Prof. Dr. Jordan hatte Gelegenheit, zwei derartige Beobachtungen zu machen.

Unter Borchardt's 5 Fällen, die ihm bezüglich der chron. Perityphlitis und Salpingo-Ophoritis grössere differentialdiagnostische Schwierigkeiten machten, klagte eine Patientin über sehr heftige menstruale Beschwerden; alle 5–6 Wochen traten vor den Menses äusserst heftige Leibschmerzen auf. Bimanuell konnte eine Vergrösserung und Druckempfindlichkeit des r. Ovariums, in der Ileocökalgegend eine Schmerzempfindlichkeit am Mc. Burney'schen Punkt konstatirt werden. Die Operation ergab sowohl eine cyst. Degeneration des rechten Ovariums, wie einen chronischen Katarrh des Wurmfortsatzes.

Es ist hier nicht mitgeteilt, ob beide Affektionen isolirt neben einander oder in anatom'schem Connex standen, auch fehlen eigentliche Blinddarmbeschwerden.

IV. Fall. Eintritt 20. V. 02, Austritt 18. VI 02.

Chronische Appendicitis kombinirt mit rechtsseitiger chron. Adnexitis ohne jeglichen acuten Anfall.

Resection des Proc. verm. und der rechtsseitigen Adnexe. Heilung.

35jährige Gärtnersfrau war nie ernstlich krank, ist seit 13 ½ Jahren verheiratet und machte 4 Entbindungen und Wochenbette glatt durch. Die Periode, die sich im 13. Jahre zuerst einstellte, war im Ganzen regelmässig. Seit vielen Jahren leidet Patientin an Verstopfung und musste alle paar Tage Abführmittel nehmen. An Weihnachten 1899 wurde sie in der Nacht von heftigen krampfartigen Schmerzen befallen, die vom Rücken ausgingen und über den ganzen Körper sich ausbreiteten; dabei kein Erbrechen, keine Gelbsucht. Die Hebamme hielt dieselben für Magenkrämpfe. Dieser Anfall wiederholte sich bis zum März 1900

fast jede Woche und zwar meist gegen Abend und Nachts; die Schmerzen waren äusserst intensiv, so dass Patientin manchmal die ganze Nacht hindurch schrie. März 1900 konstatirte der Arzt angeblich Gebärmutterentzündung; Patientin machte 3 Wochen Vaginalausspülungen mit Holzessig und Tampons mit Ichthyolglycerin. Danach blieben die Krampfanfälle vollständig aus, dagegen blieb in der rechten Unterbauchgegend Schmerzhaftigkeit bestehen, die sich bei Anstrengung steigerte. Die Periode hatte keinen Einfluss auf die Schmerzen, verlief nur mit ziemlich starkem Blutabgang, aber ohne stärkere Beschwerden. Beim Coitus keine Schmerzen. Patientin arbeitete von Sommer 1900 ab andauernd, musste sich aber wegen der rechtsseitigen Schmerzen stets etwas schonen. Das Allgemein-befinden litt etwas, der Appetit nahm ab, öfters Kopfschmerzen mi-Erbrechen. Der Tod eines Kindes im Februar wirkte sehr deprimirend auf sie.

Am 10. IV. wurde Patientin, gelegentlich einer starken Aufregung von heftigen Leibschmerzen befallen. Von der Zeit ab wurden die rechtsseitigen Schmerzen stärker, strahlten nun auch ins Gesäss und in den rechten Oberschenkel aus-das Gehen und Arbeiten wurde schwerer. Auch im Kreuz und manchmal in der linken Unterbauchgegend bestanden Schmerzen, aber nie so stark wie rechts. Patientin war in letzter Zeit nervös, schlief zeitweise schlecht. Letzte Periode war vor 3 Wochen stark, Schmerzen während derselben nicht gesteigert; nach derselben Fluor albus.

Stat. præs. Mittelkräftige Frau von mittlerer Ernährung und blassem Aussehen. Aufsetzen schwierig wegen starker dabei auftretender Schmerzen in der rechten Sacral- und Ileosacralgegend; Bauchdecken schlaff, Leib nicht aufgetrieben. Die spontanen Schmerzen werden in der Cökalgegend lokalisirt, sie strahlen von da um das Hypochondrium nach der Lumbalgegend, sowie von letzterer in das Gesäss und nach der Hinterseite des Oberschenkels, manchmal auch von vorne nach dem Bein aus. — Beim Liegen stützt Patientin mit der Hand die rechte Lumbo-Sacralgegend; im Hüftbein selbst keine Schmerzen. Am Mc. Burney'schen Punkte ist exquisite Druckschmerzhaftigkeit vorhanden, Strang oder Resistenz daselbst nicht fühlbar. Die rechte Ovarialgegend ist, ebenso wie die linke, beim tiefen Eindrücken etwas empfindlich, aber bei weitem nicht so stark, wie die Cökalgegend.

Portio tiefstehend, nach unten gerichtet, verdickt, Muttermund für die Fingerkuppe eben durchgängig, Uterus retroflectirt und retroponirt, vergrössert, beweglich, Lig. sacro-uterin. kurz und straff, Adnexe rechts empfindlich, nicht zu erreichen, Parametrien frei.

24. V. 02. Operation. Der vergrösserte Uterus (chron. Metr.) liegt mit seinem Fundus am Promontorium, dicht daneben in Fundus-Höhe die verdickte und geschlängelte rechte Tube und das pflaumengrosse r. Ovarium an der Lin. innominata. Auf der Hinterfläche

des Lig. lat. zahlreiche hirsekorngr. Knötchen von glasiger Beschaffenheit. Nahe der Lin. innom. ist das freie Ende des Proc. verm., der nach innen unten vom Cœcum liegt; oberhalb seiner Mitte eine spitzwinklige Abknickung, der peripher davon gelegene Abschnitt imponirt auf den ersten Blick als ganzer Proc. verm. Die Abknickung ist hervorgerufen durch einen an der Unterfläche des Proc. verm. entspringenden, nach der Beckenwend verlaufenden peritonitischen Strang; zieht man an demselben, so entsteht eine Einschnürung am Processus. Das Lig. append. ovar. ist verdickt, Ovarium und Appendix dadurch in festem Zusammenhang, neben der entzündlich veränderten Peritonealduplikatur sind noch pseudomembranöse Stränge. Am Cœcum, das durch Pseudomembranen fixirt ist und hyperämisch erscheint, sind an der Vorderfläche ähnliche Knötchen wie am Lig. lat. Resection des W. und der rechtsseitigen Adnexe; die linken scheinen normal zu sein.

Anat. Befund: Der Proc. verm. ist 7 cm lang, das centrale Stück bis zur Abknickung ist 3 cm, das periphere 4 cm; derselbe ist in toto etwas verdickt, an seinem Ende infolge Anfüllung mit flüssigem Kot kolbig angeschwollen. Die rechte Tube ist verlängert, geschlängelt und verdickt, Fimbrienende geschwollen. Das pflaumengr. Ovarium enthält ein frisches Corpus luteum, zeigt auf dem Durchschnitt kleincystische Bildungen; im Parovarium eine kleine Cyste.

Anat. Diagnose: Chron. Appendicitis und Periappendicitis adhæs., sowie damit zusammenhängende chron. Oophoritis und Salping. (Ausgangspunkt wahrscheinlich der Proc. verm.)

29. V. Verlauf seither nicht wesentlich gestört; Periode verläuft unter geringen Schmerzen im Unterleib und mässig. Blutabgang.

14. VI. Patientin steht auf, hat keinerlei Beschwerden; die gynækol. Untersuchung ergibt normale Verhältnisse.

Nach Monatsfrist stellt sich Patientin wieder vor; sie fühlt sich gesund; die Periode war stark, aber schmerzlos, von 6tägiger Dauer.

17. X. Die Periode dauert jedesmal 8 Tage, ist mit starkem Blutverlust verbunden, aber schmerzlos. Im übrigen fühlt sich Patientin gesund und ist vollständig arbeitsfähig.

1905. Patientin hat unterdessen eine normale Geburt und Wochenbett ohne besondere Beschwerden überstanden und befindet sich vollkommen wohl.

V. Fall. Eintritt 8. VIII. 02, Austritt 5. IX. 02. Chronische Appendicitis ohne jeglichen akuten Anfall kombinirt mit rechtss. chron. Adnexitis. Exstirpation des W. und der betr. Adnexe. Heilung.

A. B., 27jährig, war nie ernstlich krank. Die Periode stellte sich im 13. Jahre ein, war regelmässig, stets mit starken Beschwerden ver-

bunden. Mit 20 Jahren heiratete sie, wurde nie gravid; da die dysmen. Beschwerden — meist rechtsseitige Unterleibsbeschwerden — fortdauerten, unterzog sie sich vor 5 Jahren einer gyn. Operation (Erweiterung der geknickten Gebärmutter und Excochleation), die entschieden Besserung brachte. Im September 96 erlitt sie bei einem Eisenbahnunglück neben Contusionen eine starke Nervenzerrüttung, von der sie sich nur langsam erholte. Im Dezember 96 stellten sich plötzlich ohne besonderen Anlass heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite ein, es kam zu Erbrechen: der Anfall liess allmählich nach, sie stand nach 2 Tag n wieder auf und war nachher wieder ganz beschwerdefrei. Nach einigen Monaten wiederholte sich der Schmerzanfall in gleicher Art, bis Herbst 97 etwa 4 Anfälle, die je nur 1—2 Tage dauerten. Von Oktober 97 ab bestanden auch in der anfallsfreien Zeit Schmerzen in der Blinddarmgegend, die beim Gehen sich steigerten, so dass sie auf Spaziergänge ganz verzichten musste und sich mit der Hand die rechte Unterbauchgegend festhielt. Es war dabei stets ein Gefühl von Schwere und Völle im Leib vorhanden. 1897/98 kamen die eigentl. Anfälle nur alle paar Monate, im Liegen hörten die Schmerzen auf. Ölkur im Jahre 99 brachte wesentliche Besserung, zum Schluss derselben trat aber nach längerem Gang ein heftiger Schmerzanfall auf. In der Folge zeigte sich alle paar Monate ein Anfall, dazwischen häufige Schmerzen, stets hartnäckige Obstipation. Patientin fühlte sich dauernd leidend und nicht leistungsfähig. Mai 01 stellte sich ein heftiger Schmerzanfall ein, der Patientin 3 Wochen ans Bett fesselte, zu Erbrechen führte und intensive Koliken verursachte, dabei kein Fieber, aber starke Obstipation. Der Anfall, den der Arzt für eine Gallenblasenentzündung hielt, brachte die Patientin sehr herunter; auf Moorbade- und Liegekur Besserung. Winter 01/02 ohne eigentl. Anfälle, aber doch bei jeder gelegentl. Anstrengung Schmerzen. Ende Juli nach einem grösseren Gang wieder Anfall von 2täg. Dauer (der erste seit einem Jahr) und seitdem trotz sachgemässer Behandlung in Sanatorium häufige Schmerzen. — Die dysmenorhoischen Beschwerden waren nach der Operation d. Ut. gebessert, doch blieb die Periode immer etwas unregelmässig, alle 5—6 Wochen, vor und während derselben Unterleibsschmerzen fast ausschliesslich rechts und Kreuzschmerzen; Dauer 4—5 T., Blutverlust mässig, darnach Fluor albus. Beim Coitus nie Schmerzen. Die Blinddarmbeschwerden waren unmittelbar vor und während der Periode gesteigert. Im Anschluss an die l. Periode, die sehr schmerzhaft war, stellte sich der Anfall ein.

Trotz guten Appetits musste Pat. mit dem Essen, besonders mit bestimmten Speisen, wie Kohl, Sauerkraut, Mehlpudding, zurückhalten, weil sie nach den Mahlzeiten — oft sofort — Gefühle von Spannung im Leib und Schmerzen in der rechten Bauchseite bekam. Eigentliche Magenbeschwerden bestanden nie.

Patientin, die früher nie nervös war, wurde durch das Leiden sehr nervös, schlief oft schlecht und kam in der Ernährung herunter.

Stat. præs. Gracil gebaute, magere Frau von leidendem, aber

gesundem Aussehen. In der Cökalgegend (Mc. Burney's Pkt.) ist schon mässiges Eindrücken empfindlich und bei tieferer Palpation tritt intensiver Schmerz ein, der nach oben gegen den Rippenbogen und nach hinten in die Hüfte ausstrahlt und eine Zeitlang nachdauert. Manchmal hat man das Gefühl eines Stranges, doch ist genaue Abtastung wegen Empfindlichkeit nicht möglich. Die spontanen Schmerzen werden an die Stelle der Druckschmerzhaftigkeit lokalisirt und strahlen von da zu den Rippen, dem Nabel, Leiste und Vorderseite des Oberschenkels, nach hinten über die Ileosacral- und obere Gesässgegend aus. Uteruskörper retroflectirt, vergrössert, nicht aufrichtbar. Rechtes Ovarium sehr tief stehend, über haselnussgross, etwas empfindlich, ebenso das nicht empfindliche linke Ovar.

Klin. Diagn. Chron. Append., Retroflexio ut., chron. Metr. u. Oophor. dextr.

Die Hauptbeschwerden rühren vom App. her, in zweiter Linie vom Uterus und den rechtss. Adnexen.

1. VIII. 02. Operation. Proc. verm. nicht adhærent, nach unten innen gelagert, nicht verdickt; nahe seiner Spitze geht eine 3/4 cm breite bandförmige Adhæsion nach dem kleinen Becken zu den rechten Adnexen. Proc. verm. resecirt. Der retroflect. vergrösserte Uterus ist durch perimetritische Adhæsionen und Stränge im Douglas fixirt, das rechte Ovar. pflaumengross in die Adhæsionen im Douglas eingebacken; die Tube stark verdickt und entzündet; Resection der recht. Adnexe. Die ähnlich veränderten l. Adnexe bleiben zurück, nachdem sie ausgegraben sind, der Uterus wird ventrofixirt.

Anat. Diagnose. Chron. Metr. et. Adnex., Pelveoperiton. Der Processus verm. secund. in Mitleidenschaft gezogen und fixirt.

Der anatom. Befund. Rechtes Ovar. über pflaumengross, plattgedrückt, zeigt tiefe Einziehungen, uneben-schwartige Oberfläche auf dem Durchschnitt zahlreiche kleinere und grössere Cysten. Tube stark verdickt, Fimbrien geschwollen, Schleimhaut katarrh. verdickt; der 5 cm lange Proc. verm. zeigt nur wenig geschwollene Schleimhaut.

18. VIII. Seitheriger Verlauf gut; die Periode ohne wesentl. Beschwerden.

30. VIII. Patientin steht auf, hat gar keine Beschwerden. Uterus anteflectirt, sonst nichts besonderes.

Mitte September kann Patientin bei bestem Wohlbefinden die Heimreise antreten. Schlaf sehr gut, ebenso Appetit. Stuhl täglich spontan.

1904. Patientin hat noch über Obstipation zu klagen, fühlt sich sonst vollkommen wohl und kann lange Spaziergänge sogar in den Bergen machen.

Epikrise: In beiden Fällen stehen die Beschwerden, die vom Blinddarm ausgingen, stark im Vordergrund, während die genitalen schließlich kaum beachtet werden von

seiten der Patienten, trotzdem dieselben anfangs Behandlung verlangten. Beide Fälle zeigen das charakteristische Bild der rein chronischen Appendicitis, dauernde Beschwerden und nur anfallsartige Steigerungen derselben; nur der anatomische Befund trennt sie von den uncomplicirten Fällen larvirter Appendicitis. Bemerkenswert ist, daß beidemale in dem über Jahre sich hinziehenden Siechtum die Genitalaffection zuerst erkannt und mit subjectivem Erfolg behandelt wird, die Periode blieb aber bis zur Radicaloperation in mäßigem Grade beschwerlich. Erwähnt muß noch werden die verhältnismäßig geringe Veränderung am Appendix selbst in Fall V, trotz des langen Bestandes der Blinddarmerscheinungen.

Die Fälle zeigen, daß das Übergreifen einer Entzündung von Organ zu Organ und das Fortkriechen derselben nicht gebunden ist an ein schweres Krankenlager, man wird in der Annahme nicht fehlgehen, daß sie häufiger vorkommen. Die Therapie wird bei Beteiligung des Appendix von vornherein eine radicale Richtung annehmen müssen, die auch hier sich glänzend bewährt hat.

Bezüglich der Diagnose ist hervorzuheben, daß der sicherste Nachweis die Palpation des kranken Teiles ist; gelingt es, in der rechten Fossa iliaca den verdickten Append. als bleistiftdicken oder wurstförmigen schmerzhaften Strang in der Tiefe zu fühlen, so treten alle übrigen Symptome an Wichtigkeit zurück. Man kann ihn und W. auf dem Psoas hin- und herrollen, dabei haben die Pat. häufig dieselben schmerzhaften Sensationen, die vorher spontan aufgetreten waren Man kann sich die Untersuchung durch Aufblähen des Dickdarms erleichtern (Sonnenburg); dasselbe sucht Lenzmann zu erreichen, indem er den Kranken anweist, das rechte Bein activ zu heben, wodurch der sich kontrahierende Psoas als Muskelwulst hervortritt, den über ihn wegziehenden Appendix aufhebend. Der Eindruck, den der tastende Finger beim Palpieren des chronisch entzündeten Rudiments erhält, soll nach Lenzmann so charakteristisch sein, daß höchstens noch eine Verwechslung mit der verdickten entzündeten Tube möglich sei, die ausnahmsweise einmal in der Gegend der Lin. innominata oder der Fossa

iliaca festgelötet sein kann; gegen diesen Irrtum schützt die vaginale Untersuchung. Ist der W. selbst nicht zu fühlen, so genügt schon ein druckempfindlicher Mc Burney-scher Punkt, um gemeinschaftlich mit den übrigen Symptomen die Diagnose sicher zu stellen. So beobachtete Lenzmann zwei Patientinnen, für deren kolikartige in Anfällen auftretende Magen- und Darmschmerzen sich kein anderer Anhaltspunkt bot, als der geschwollene schmerzhafte Appendix; erst seitdem das Rudiment schmerzlos geworden ist und bei der Palpation keine Beschwerden mehr verursacht, sind auch die Schmerzen ausgeblieben. — Die Palpation selbst bietet reichlich Schwierigkeiten, abgesehen von oft ungünstiger Beschaffenheit der Bauchdecken ist die Lage des Organs keine konstante und es fehlen sichere Anhaltspunkte, wie etwa der Abgang der Tuben vom Uterus. Edebohls hat zwar durch jahrelange Übung eine besondere Technik sich angeeignet, die es ihm ermöglichen soll, jeden W. selbst durch das Cœcum durch, zu fühlen, den gesunden als flaches, bandartiges, den entzündeten als festes rundes Gebilde. Diese „Phantasien" (Landau) haben verschiedenerseits scharfe Zurückweisung erfahren (Fränkel, Sonnenburg, Karewski, Mundé, Neugebauer u. s. w.) Am besten soll nach Hermes der Nachweis noch gelingen, zur Zeit des Schmerzes, wo derselbe anscheinend im Zustand einer frischen Entzündung geschwollen ist. Ganz abgesehen von seltenen Lageanomalien des Cœcums ist auch Mc Burney's Punkt, der ungefähr der Abgangstelle des Appendix entspricht, kein unbedingt sicherer Anhalt. Ganz in seiner Nähe, etwas tiefer gelegen, ist der Druckpunkt der Ovarien. Eine geometrische Abgrenzung dieser nahe gelegenen Punkte ist durch Drücken nicht festzustellen. Hochgradige Veränderungen am W. können auch bestehen ohne irgend einen lokalen Befund, insbesondere Druckschmerz; Beweise hiefür haben Lanz und Moskowitz erbracht.

Ein weiteres diagnostisches Merkmal von Bedeutung ist der locale Meteorismus. Nach Deaver sind von den drei Cardinalsymptomen Schmerz, Druckempfindlichkeit und Muskelrigidität das letztere das wichtigste und Laplace konnte nur mit Hilfe desselben eine Appendicitis diagnos-

ticiren, bei der die Schmerzen nur die linke Seite betrafen, aber als Gegenstück diene die Pseudoperityphlitis hysterica Nothnagel. Fränkel konnte in seinem derartigen Fall die Fehldiagnose darauf zurückführen, daß der vermeintlich getastete hypertrophirte Appendix dargestellt wurde durch eine isolirt kontrahirte und druckempfindliche Partie der Muskulatur der vorderen Bauchwand, die durch hysterische Hyperæsthesie der Bauchdecken reflectorisch ausgelöst wird. Fehlen die objectiven Befunde der Palpation, so muß die Diagnose aus der Kombination der einzelnen Symptome und der Anamnese gestellt werden. Die Sonnenburg'sche Schule legt großen Wert auf eine möglichst eingehende Anamnese, andere, wie Landau, Amann jr. schätzen dieselbe nicht allzu hoch. Von den klinischen Erscheinungen müssen alle zusammen verwertet werden, da die vorzügliche Beachtung eines einzelnen zu leicht irreführen kann und das Organ als erkrankt angenommen wird, auf welches die Symptome direct hinweisen. Fränkel vergleicht die Appendicitis-Diagnose mit derjenigen der Gravidität frühester Zeit; hier wie dort soll der objective Befund allein entscheidend sein, aber in vielen Fällen müssen Anamnese, subjective Symptome und die an und für sich unsicheren Zeichen herangezogen werden, um das Gesamtbild mit ihrer Hilfe zusammenzustellen. — Zu diesen unsicheren Zeichen gehören die vagen Magen- und Darmerscheinungen, die chron. Obstipation; Colitis membr., wie auch Anomalien von Seiten der Blase sollen immer den Verdacht einer Appendicitis erregen, wenn nach Erschöpfung aller zu Gebote stehender technischer Hilfsmittel und nach erfolgloser, an sich zweckentsprechender Therapie anderweitige, in Frage kommende Erkrankung ausgeschlossen werden kann. Nach unserm Fall I können auch hartnäckige Neuralgien im Ischiadicus-Gebiet einer Appendicitis ihre Entstehung verdanken; Beobachtungen weit geringeren Grades sind ja häufig genug gemacht worden. So scheint es, als ob die nach dem Gesäß und dem Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen, wie sie in allen unseren 5 Fällen und in andern Vorgeschichten zahlreich genug konstatirt werden können, im Verein mit den bei

Bewegungen auftretenden Beschwerden, an denen der Ileopsas — die fast regelmäßige Unterlage des W. — sich beteiligt, geradezu pathognomonisch für chron. Appendicitis sind.

Störungen der Menstruation können das einzige Symptom einer latenten Appendicitis sein, die ihrerseits wieder einer alten Parametritis oder Pyosalpinx ähnliche Beschwerden zeigen kann. Wenn kein zwingender Grund zu einer Genitalaffection, wie Abort, Puerperium, gonorrhoische Infection u. a. m., vorliegt, so müssen die von den Frauen angegebenen Beschwerden immer eine exakte physikalische Untersuchung der Cökalgegend veranlassen, umsomehr, wenn pathologische Zustände, wie Retroflexionen, Hernien u. dgl., den eigentlichen Herd der Krankheit verschleiern.

Die strikte Unterscheidung zwischen chronischer Appendicitis und Erkrankung der weiblichen Genitalorgane ist mitunter unmöglich und Verwechslungen gehören hier zu den alltäglichen Erscheinungen. In Frage kommen hauptsächlich chronische Adnexitis mit Pelveoperitonitis und Ovarialgie; sie bieten in ihrer Entwicklung, gleich der Appendicitis, neben den oft sich völlig gleichenden subjectiven Beschwerden unsichere Tastbefunde, wie unbestimmten Druckschmerz der Adnexe und der Fossa iliaca. Nicht allzu häufig gelingt es, Tube, Ovarium und Appendix isolirt abzutasten und deren evtl. Erkrankung nachzuweisen, in der Regel ist man auf ein weniger klares Ergebnis angewiesen. Einseitige Adnexitis, namentlich rechts, legt die Wahrscheinlichkeit einer Appendicitis sehr nahe; dieselbe wird noch erhöht, wenn es sich um jungfräuliche Individuen handelt (Ochsner, Fränkel). Salpingo-Oophoritis für sich allein hat in der Regel vorausgegangene Infectionen aufzuweisen, die sich sowohl durch die anamnestischen Agaben, als auch den objectiven Befund feststellen lassen; Beteiligung des Appendix läßt sich dann äußerst schwer beweisen. Die diagnostischen Schwierigkeiten werden noch erhöht, wenn ein kranker Appendix infolge seiner Länge im kleinen Becken liegt; dann muß der schmerzhafte Strang nach der rechten Fossa iliaca womöglich verfolgt werden.

Besteht nur Ovarialgie, so sind auch sonstige hysterische Stigmata vorhanden.

Prädisponirt zu Blinddarmentzündung sind Individuen, die die Zeichen des Infantilismus tragen und an Adnexaffectionen leiden (Klein).

Differentialdiagnostisch kommen außer den ferminen Sexualorganen noch in Betracht Erkrankungen der Gallenwege und Harnorgane und der übrige Verdauungstractus; der rechtsseitigen Wanderniere hat Edebohls besondere Aufmerksamkeit geschenkt und Wette weist auf die Herma lin. alb. hin. Anzuführen ist noch Gersuny's Flexuradhæsion. Als Unterscheidung dient die mehr auf die linke Seite beschränkte Lokalisation der Beschwerden und die druckempfindliche Stelle daselbst; erschwert ist die Differencirung infolge des gleichzeitigen Vorkommens von Appendicitis und Flexuradhæsion (unter 21 Fällen 17 mal).

Unter Umständen kommt auch chronische Bleivergiftung in Frage, die wenig gewürdigt ist. Sowohl bei ihr als der chron. App. treten recidivirende Koliken, hartnäckige Obstipation, Sensibilitätsstörungen, erethisches Nervensystem auf. Der für Intoxicatio saturn. charakteristische Bleisaum ist vieldeutig, weil durch verschiedene Momente z. B. durch Zahnputzpulver, welche Lindenholzkohle enthalten, ferner bei der chron. Quecksilbervergiftung, weiter bei Arbeitern mit Eisen- und Eisensalzen ein ähnliches Symptom vorkommen kann. Die beiden Krankheitsbilder können in Zweifelsfällen nur durch erschöpfende Kombination aller Momente geschieden werden.

Sonnenburg teilt die Therapie in eine solche des Anfalls und der Krankheit; die Krankheit selbst kann man nur durch operativen Eingriff und Entfernung des W. heilen. Gestützt auf die guten Resultate scheinen die Chirurgen einmütig die operative Behandlung der rein chron. Form zu empfehlen. Lenzmann hat in zwei Fällen dauernden Erfolg von feuchtwarmen Breiumschlägen gesehen, den er auf die Rückbildung und Aufsaugung der Entzündungsprodukte durch den reichlichen Blutzufluß zurückführt. Sonst hat aber die interne conservative Behandlung nach den Berichten versagt. Wenn der kranke W. entfernt ist,

sind die Beschwerden, die jahrelang den Pat. quälten und ihn des Lebensgenusses beraubten, wie mit einem Schlage verschwunden, die Kranken werden wieder arbeitsfähig, nachdem auch etwaige Begleiterscheinungen, wie Colitis, Obstipation u. a durch Nachbehandlung geschwunden sind, die ab und zu erforderlich ist. Die Mortalität ist fast gleich null zu setzen, Folgekrankheiten der Operation sind weniger zu befürchten, da Bauchbrüche u. dgl. durch die primäre Naht vermieden werden können. Restitutio ad integrum tritt an dem einmal afficirten W. so gut wie nie ein, höchstens obliterirt derselbe; daß dieser Zustand kein idealer ist, dafür sorgen die Verwachsungen, die dann eine Indication zum blutigen Eingriff geben. Von Massage hat man verschiedentlich nicht nur keine Besserung, sondern Verschlimmerung, wie auch in unserm Fall I, des chron. entzündlichen Zustandes gesehen, vor ihrer Anwendung warnen Czerny, Nothnagel, Sonnenburg u. A. Zur Resorption von Exsudatresten empfiehlt jedoch Borchardt neben Sool- und Moorbädern schonende Massage. Die glänzenden Erfolge der chirurgischen Therapie der chronischen Appendicitis stehen in starkem Kontrast zu den allerhand Kuren, welche die Kranken vor der Operation durchgemacht hatten.

Auch in allen unsern Fällen treten dieselben in Erscheinung, Fälle II und IV haben unterdessen normale Geburten ohne Beschwerden überstanden. Daß der Erfolg nicht auf Suggestion beruht, beweist Ewald damit, daß suggestive Wirkungen gewöhnlich nicht von langer Dauer sind, auch wenn sie eklatant in Erscheinung treten und ferner konnte er Patienten beobachten, die vor der Blinddarmentzündung schon Magenbeschwerden aus anderer Ursache hatten und dieselben auch nach der Resection nicht verloren.

Dieselben Gesichtspunkte gelten auch, wenn Verwachsungen mit chronisch-entzündeten Adnexen bestehen. Obwohl es in manchen Fällen möglich ist, bei gynækolog. Laparotomien den nur mit dünnen Membranen festgelöteten App. einfach abzuschieben und zurückzulassen, so wird dieses Verfahren doch verschiedenerseits widerraten (Binkley a. A.) Fränkel konstatiert, daß von Chirurgen und Gynækologen jetzt allgemein der Grundsatz anerkannt ist, daß bei jeder

wegen Erkrankung der weiblichen Sexualorgane und insbesondere wegen entzündlicher und eitriger Adnexaffection vorgenommenen abdominalen Cöliotomie der W. schonend aufgesucht, und wenn erkrankt, mit entfernt werden soll. Ebenso muß bei jeder Laparatomie zwecks Appendix-Entfernung der Zustand des Uterus und seiner Adnexe kontrollirt bezw. korrigirt werden. Für gelegentliche prophylaktische Entfernung scheinen wenig Autoren zu haben zu sein (Rose u. A.), bestehen dagegen ausgedehnte Verwachsungs-Konglomerate, so sollen dieselben womöglich in toto ausgeschält werden (Dührssen).

Schlußfolgerungen.

1. Die chronische Appendicitis kommt viel häufiger vor, als man bis in die neueste Zeit angenommen hat, sie verdient in der Diagnostik der Erkrankungen des Abdomens weitgehende Berücksichtigung.
2. Die Diagnose derselben ist oft schwierig, weil die klinischen Symptome eine große Variabilität zeigen und Darmerscheinungen vollständig fehlen können.
3. Die recidivirende Perityphlitis kann zu dysmenorrhoischen Beschwerden Veranlassung geben, die nach Entfernung des Wurmfortsatzes verschwinden.
4. Es kommen Kombinationen von rein chronischer Appendicitis mit rechtsseitiger Oophoritis und Salpingitis vor, es läßt sich durch genaue klinische Beobachtung und Untersuchung die Diagnose der kombinirten Erkrankung stellen.
5. Die Resection des afficirten Wurmfortsatzes beseitigt in den erwähnten Fällen die oft jahrelang bestehenden Beschwerden und gibt den meist arbeitsunfähigen Frauen rasch ihre frühere Leistungsfähigkeit wieder.
6. Finden sich neben dem erkrankten Wurmfortsatz entzündliche Veränderungen an den rechtsseitigen Adnexen, so ist beim besonderen Hervortreten von Beschwerden der Genitalorgane die gleichzeitige Exstirpation der Adnexe angezeigt.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Prof. Dr. Jordan für die Anregung und Förderung dieser Arbeit, sowie für Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Litteratur-Verzeichnis.

1. Amann jr.: Sitzungsbericht der Münchener gyn. Gesellschaft. Monatsschrift für Geburtshilfs- und Gynæk. Bd. XI;

   ders. Demonstrationen betr. Beziehung des Appendix zu gynækol. Erkrankungen im ärztl. Verein München Berliner klin. Wochenschrift vom 23. VII. 1900.

2. Barbat: Ovariencyste mit adhærentem Proc. vermiform. Med. Akad. von Californ. Ref. in Monatsschr. für Geburtsh. und Gynæk. 1901. Juli.

3. Barnsby: Appendicite et annexite. Thèse des Paris 1898 citirt nach Pollak:

   ders. Über Appendicitiden adnexiellen Ursprungs. Rev. de gyn. et de chir. abdom. Mai 98. Referat im Centralbl. für Gyn. 1899, Heft 14;

   ders. Remarques sur appendicite chez la femme dans ses rélations avec les lesions utéro-annexielles. Congrès français de Chirurgie 20.—25. Oktober 1902. Refer. i. Centralbl. f. Chirurgie 03, Heft 18.

4. Beahan: The relation of appendicitis to disæses of the uterine appendages. The Americ. gyn. and obst. journ. Febr. 1903 p. 103 citirt von Fränkel.

5. Beck: Appendicitis. Volkm. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 221. Sept. 98;

   ders. New-Yorker Brief. Münch. med. Wochenschrift. Aug. 1901.

6. Berndt: Über Epityphlitis u. d. gegenwärtigen Stand ihrer Behandlung. Münch. med. Wochenschr. 01. Heft 6.

7. Binkley: Über die Beziehungen zwischen Salpingit. u. Appendicitis und ihre Bedeutung für den Gynækol. Verhandlungen der gynæk. Gesellsch. zu Chicago 19. 1. 94 Ref. im Centralbl. f. Gyn. 1894, Heft 30. In der Diskussion: Robinson u. Franklin, H. Martin.

8. Blos: Über die Entzündungen des Wurmfortsatzes. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 32. Daselbst citirt. Hawkins und Fenger.

9. Borchardt: Die Behandlung der Appendicitis (Dr. Körte) Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. II. Bd. 1897.

10. Brandt: Appendicitis beim Weibe. Norsk. Mag. for Lägevid. 1900. Ref. i. Centralbl. f. Gynæk. 1900. Heft 26.

11. Brœsike: Über intraaborminale Hernien und Bauchfelltaschen. Berlin 1891.

12. Camelot: Coliques appendiculaires, résection de l'appendice. Journ. des sciences med. de Lille 1902. 52. Ref. i. Centralbl. f. Chir. 03, Heft 23.

13. Chognon: Über Adhæsionen des Proc. verm. mit den Nachbarorganen. Thése de Lion. citirt von Klein.

14. O'Coner: Eine Reihe von 138 Laparatornien, Glasgow. med. Journ. 99. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901. Heft 17.

15. Cumma: Seltene komplikat. von Appendectomie mit Oophorectomie, St. Louis cour. of. med. 1900. Ref. i. Centralbl. f. Gyn. 1901. 25.

16. Czerny-Heddæus: Beiträge zur Pathologie und Therapie der Wurmfortsatzentzündung, Brun's Beitr. z. kl. Chir. 21.

17. Deaver: Atypical and unusual varietis of append. Philadelph. med. journal. 1901 Juli. Ref. Centralbl. f. Chir. 02. 7;

ders. Appendicitis in relation to disæse of the uterine adnexa and pregnancy. Buffalo med. Jorn. 97; (Pollak);

ders. Behandlung der Beckeneiterungen im Gefolge von Appendicitis. Geb. Gesellsch. z. Philadelphia. Ref. i. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XVII.

18. Délagenière: Des rélations de l'appendicite et des affections des annexes. Congr. franç. de chir. 97. Annal. de gyn. et d'obstet. 97. Citirt nach Fränkel.

ders. De l'appendicite dans les affections de l'utérus et des annexes, ou append. folliculaires, cancéreuses et tuberculeuses d'origine annexielle. Annal. de gyn. et d'obst. Sept./Okt. 1900. Cittiert nach Frænkel.

19. Doléris: Hystereétomie vaginale, mort par appendicite avec perforation. La. sem. med. 1899;

ders. Soc. d'obst., de gyn. et. de pæd. Paris 99. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Band IX.

20. Dührssen: Über gleichzeit. Erkrankung des W. u. der weibl. Beckenorgane. Congr. der deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. 99. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. LIX. Heft 4. 1899.

21. Edebohls: The relations of movable kidney and appendicitis to each other and to the practice of modern gynæcol. New-York med. record. 99. März. Refer. i. Centralbl. f. Chir. 99. 26;

ders. A. Review of the history and literature of append. New-York med. record. Nov. 99. Refer. i. Centralbl. f. Chir. Heft 12;

ders. Verhandlungen d. Gesellsch. f. Geburtsh. zu New-York. Sitzg. 5. XII. 93. Ref. Centralbl. f. Gyn. 94. 43;

ders. Wanderniere u. Appendicitis, deren häufige Coexistenz

und deren simultane Operation mittels Lumbalschnitt. Centralbl. f. Gyn. 98. Heft 50.

22. Eisenhart: Puerperale Infektion mit tötl. Ausgange, verursacht durch Bakt. col. commun. Arch. f. Gyn. Bd. XLVII.

23. Elbogen: Tubergravidität komplicirt durch Append. u. post-operat. Psychose Prag. med. Wochenschr. 1899. 9-11.

24. Ewald: Über Appendicitis larvata. Arch. f. klin. Chir. Band 60. 1900. Vortrag am 3. Sitzungstag des 28. Congresses der deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. Berlin 99;

ders. Verhandlungen der Berlin. med. Gesellsch. vom 17. V. 99. Berlin. kl. Wochenschr. 99. Nr. 24.

25. O. Falk: Beitr. z. Bedeutg. d. Append. f. d. Geburtsh. u. Gynæk. Hamb. geb. Gesellsch. Centralbl. f. Gyn. 1900 Nr. 7 und 1901 Nr. 29.

26. Fenger: Vergl. Nr. 8.

27. Fochier: Verlagerung d. Append. Lyon. med. 1900. Refer. Centralbl. f. Gyn. 1901. 26.

28. Foges: Kasuistische Beiträge zur Klinik der Append. simpl. Wien. med. Wochenschr. 1896. 50—53;

ders. Sitzungsber. der k. k. Gesellsch. d. Ärzte i. Wien Wien. klin. Wochenschr. 1904. 6.

29. Ernst Fränkel: Die Append. in ihren Beziehungen zu den Krankh. d. weibl. Sexualorgane. (Vortr. auf der 73. Versamml. deutscher Naturforscher u. Ärzte 01). Samml. klin. Vortr. v. Volkmann N. F. Nr. 323.

30. W. A. Freund: Über die Indikation zur operat. Behandl. erkrankt. Tuben. Volkm. Samml. klin. Vortr. 323.

31. Füth: Die Wechselbezieh. z. Erkrank. d. Proc. verm. u. d. Adnexe. Leipz. geb. Gesellsch. 21. XI. 98. Ctrlbl. f. Gyn. 99. 1.

32. Gegenbaur: Lehrb. d. Anatom. d. Menschen. Leipz. 95.

33. Gersuny: Über eine typ. periton. Adhæsion. Vortrag auf dem 28. Congr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. 99. Arch. f. kl. Chir. Bd. 59.

34. Gussenbauer: Diskussion zu 20. Bericht über die Verhdl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1899. Centralbl. f. Chir. 27. Beilage.

35. Gyselinck: Journ. med. de Bruxelles 1902. Ref. i. Centralbl. f. Gyn. 1903. 43.

36. Hadra: Wanderniere und Append. Centralbl. f. Gyn. 99. Nr. 9.

37. Hämig: Beobachtung über Perityphl. an der Zürcher chir. Klinik, während der zwei Dezenien 1881—1901. Brun's Beitr. z. klin. Chirurg. 1901. Bd. 31

38. Hagen-Forn: Einige klin. Symptome und ihre Bedeutung bei Append. Russki Wratsch. 1902 Nr. 35 u. 37. Ref. Centralbl. f. Chir. 03. Heft 1.
39. Hammerschlag: Die Lage des Eierstocks. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. 1897.
40. Hammesfahr: Vier Erkrank. d. Append. mit eigentl. Verhalten. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde Bonn. D. med. Wochenschr. 98. Nr. 38. Vereinsbeil.
41. Hawkins: cf. 8.
42. Hermann: Über einen Fall v. Perityphl. unter dem Bilde einer Tb. der serösen Häute. Prag. med. Wochenschr. 99.
43. Hermes: Über einige Beziehungen d. App. zu Erkrank. der weibl. Genitalorgane. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 50. Heft 5 u. 6;
ders. Erfahrungen über Veränderungen d. W. bei gynækol. Erkrank. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 68. 1903.
44. Huber: Über Irrwege bei der Diagnose d. Perityphlitis Correspond.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1901. 15 u. 16.
45. Israel: Diskussion zu 24 b.
46. Jaggard: A case of abscess of the verm. append., closely adherent to rectum and right tube, associated with double pyosalp. Gyn. Soc. of Chicago 17. III. 93. Amer. journ. of. obst. 1893, cit. nach Fränkel.
47. von Jaksch: Die für den Arzt wichtigen Vergiftungen und ihre Behandlung. D. Klin. am Eing. d. XX. Jahr. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien 1903. Bd. III.
48. Jewett: Über perityphl. Adhæsionen. Verhdl. d. gyn. Gesell. zu Brooklyn. Refer. i. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Band 14.
49. Karewski: Komplikat. von Append. mit rechtss. Parovarialtumor und eines Uterusmyoms mit periapp. Abscess. D. med. Wochenschrift. 1898;
ders. Anatom. Befunde bei der Wurmfortsatzentzündung u. d. Indicat. z. Appendect. Berl. kl. Wochenschr. 1904;
ders. Zur Semiotik u. Therapie d. Appendicit. Berlin. klin. Wochenschrift. 1901. 23 u. 24;
ders. Klin. Beitr. z. Perityphl. Congr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 99. D. med. Wochenschr. 99. V. B. 21.
50. Kauffmann: Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Berlin 8. III. 01. Centralbl. f. Gyn. 1901. Heft 19.
51. Kelly, H. A.: Über Verwachsungen des Proc. verm. Sitzungsber. der med. Gesellsch. z. Baltimore 00. Ref. i. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XI;
ders. Under what circumstances is it advisable to remove the verm. app., when the abdomen is opened for other reasons? Jour. of the amer. med. assoc. 02. Ref. Centralbl. f. Chir. 1903. 7.

52. Kelly A. O. J.: Tumours of the verm. append. Univers. med. magaz. Mai 1900. Ref. Centralbl. f. Chir. 01. 12.

53. Klemm: Über die chronische Form der Append.-Erkrankung. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1900 Nr. 46.

54. Klein: Über Append. in ihren Beziehungen zu den weibl. Geschlechtsorganen. Inaug.-Diss. Strassburg 01.

55. Knapp: Klin. Beobachtungen über d. Wandernieren b. Frauen. Berlin 96. Cit. v. Fränkel.

56. Koch: Erfahrungen über die chron. recidiv. Perityphlitis auf Grund von 200 Radikaloperationen (Prof. Rotter) Arch. f. klin. Chir. Band 67. 1902.

57. Körte: Verhdl. d. fr. Vereinig. d. Chir. Berl. Sitz. v. 19. 1. 97. Berl. klin. Wochenschr. 97.

58. Krüger: Append. u. ihre Beziehungen zu den weibl. Genitalorganen. Inaug.-Diss. Berlin 97.

59. Krug: Diskussion zu 21 c.

60. Kümmell: Über recidiv. Perityphl. Berl. kl. Wochenschr. 98. 15;
ders. Sitzungsber. d. Geb. Gesellschaft zu Hamburg. Refer. Centralbl. f. Gyn. 1901. Heft 2.

61. Küttner: Über Pseudoappendicitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 37. Heft 1 u. 2. Ref. Centralbl. f. Chir. 03. 27.

62. Landau Theodor: Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden Aug. Hirschwald Berlin 1904.

63. Lanz: Die Indication zur op. Behdl. der Peritypl. Korresp. Blatt f. Schweizer Ärzte 1901 Nr. 1.

64. Laplace: Some unusual features of. app. and their treatment. Journ. of the Amer. med. assoc. 01 Okt. Refer. Centralbl. f. Chir. 02. Nr. 7.

65. Mc. Laren: Beziehung zwischen Dysmenorrhœ und Append. Verhdl. d. amer. Gesellsch. f. Gynæk. Amer. journ. of obstet. 1900 Juni-Juli. Refer. Centralbl. f. Gyn. 1900. 45.

66. Lennander: Über die Sensibilität der Bauchhöhle u. über lokale und allgemeine Anæsthesie bei Bruch- und Bauchoperationen. Centralbl. f. Chir. Bd. 28 01. Heft 8;
ders. Beobachtungen über die Sensibilität der Bauchhöhle. Mitteil. aus d. Grenzgebieten Bd. X. 1902.

67. Lenzmann: Über Appendicitis larvata. Vortrag auf d. 72. Naturforscher-Vers. in Aachen 1901. Deutsche Ärztezeitung 1901. Heft 5;
ders. Weitere Beobachtungen über App. chron. Deutsche med. Wochenschr. 1902 Nr. 15.

68. Lindner: Über Wanderniere. Münch. med. Wochenschr. 90 Nr. 15 u. 16;
ders. Verhandl. d. fr. Vereinig. d. Chir. Berlins. Sitzung v. 19. 1. 97. Berl. klin. Wochenschr. 97.

69. Linkenheld: Verhdl. d. niederrhein.-westf. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. 1898. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 7.

70. Martin A.: Zur Topographie d. Keimdrüse. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 35;

ders. Verhdl. d. fr. Vereinig. d. Chir. Berl. Sitzg. v. 19. 1. 97. Berlin. klin. Wochenschr. 97;

ders. Die Krankheiten d. Eileiter. Leipzig 95. Besold.

ders. Lage und Bandapparate des Eierstocks. Berlin 96.

71. Martin F. H.: Diskussion zu 7.

72. Menard: La med. moderne. 1893. cit. von Borchardt.

73. Meusser: Ueber Appendicitis und Typhlitis mit cachirtem u. ungewöhnl. Verlauf. Mitteilg. aus d. Grenzgebieten. Bd. II.

74. Moraller: Sitzgsber. der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 1903. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1904. 4.

75. Mühsam: Beiträge zur Diff.-Diagnose d. Append. Berliner klin. Wochenschr. 99. Nr. 31.

ders. Zur Diff.-Diagn. d. Append. u. d. Typhus. Deutsche med. Wochenschr. 1901. Nr. 32.

76. Müller: Hundert Fälle v. Perityphlitis. D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 66.

77. Mundé: Perityphl. u. Append. in ihrer Bezhg. zur Gyn. und Gebhlf. Ref. Ctrbl. f. Gyn. 97. 41.

78 Nagel: Beitrag z. Anatomie der weibl. Beckenorgane Arch. f. Gynaek. Bd. L III.

ders. Diskuss. in der Berliner gebhlf. Gesellschaft. Zeitschrift f. Gebhlf. und Gynaekol. Bd. XXXV.

79. Neugebauer: Bericht über die im allg. Krankenh. zu Mährisch-Ostrau operativ behandelten Fälle von Append. Prager med. Wochenschr. 1900. Nr. 37 u. 38.

80. Nothnagel: Pseudoperityphlitis. Wiener klin. Wochenschr. 99. Nr. 15. Ref. Centralbl. f. Gynaek. 1900. Heft 6.

81. Ochsner A.J.: Die Beziehungen d. Append. zu den Erkrankungen d. Uterusadnexe. Journ. of the Amer. med. assoc. Juli 99. Ref. Münch. med. Wochenschr. 99. 46.

ders. Vermeidbare Append.-Komplicat. M. med. W. 02. 8.

82. Pollak: Appendicitis und weibl. Genitall. Sammelbericht i. Centralbl. f. d. Grenzgebiete d. M. u. Ch. 1904. Heft 5—9.

83. Quénu: Soc. de chir. de Paris 1900. Ref. i. Deutsch. Wochenschr. V.B. 12. 1900.

84. Ribbert: Beiträge zur normalen und pathol. Anatomie des W. Virchow's Archiv 132. 1893.

85. Riedel: Vorbedingungen und letzte Ursachen des plötzlichen Anfalls von Wurmfortsatzentzündung. Arch. f. kl. Ch. 02. Bd. 66.

86. Robinson: Diskussion zu 7.

87. Rose: Die offene Behandlung der Bauchhöhle bei der Entzündung des W. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Band 57. Heft 5 u. 6.

88. Rostowzew: Die Perityphlitis bei Frauen. (Russki Wratsch 1902 Nr. 20 u. 22.) Ref. Centralbl. f. Chir. 1902. 31.

ders. Perityphl. b. Schwangern. (Medicinskoje Obosreuje 1902. Nr. 9). Ref. Centralbl. f. Chir. 02.

89. Rotter: Zur Pathol. u. Therap. d. Douglasabscesse b. Perityphl. Deutsche med. Wochenschr. 1900. 39. 40.

90. Routier: Append. und Salping. Annal. de gynécol. et d'obst. 1898 Decbr. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1900. 42.

91. Roux: Ueber einige Komplic. u. Schwierigkeiten bei d. Excision d. Proc. verm. im Ruhestad. d. Appendicitis. Vortrag auf d. 31. Kongress d. Gesellsch. f. Chir. z. Berlin. Arch. f. klin. Chir. Bd. 67. 1902.

92. Rubritius: Ueber einen Fall von Perityphl., welcher unter dem Bilde einer Tb. d. ser. Häute verlief. Mitteilg. aus d. Grzgbt. d. M. u. Ch. Bd. X. 1902.

93. Scheel: Append. u. Erkrkg. d. Beckenorgane. Cleveland med. gaz. 1901. 3. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1902. 11.

94. Schrader: Verhdlg. der fr. Vgg. d. Chirurg. Berlins 97. Deutsche med. Wochschr. 98. Nr. 7. V.B. 38 u. 39.

95. Seeligmann: Sitzgsber. d. Geburtsh. Gesellsch. zu Hamburg 1899. Ref. im Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1901. 2.

96. Senator: Diskussion zu 24 b.

97. Senn: Appendicitis obliteraus. Centralbl. f. Chir. 94. Nr. 39. Ref. aus Journ. of the Americ. med. assoc. 94.

98. Shober: Double celiotomy for appendicitis and retroversio uteri; intestinal paresis; recovery. Amer. journ. of obstet. Vol. 37. Pag. 299. 1898.

99. Shœmaker: The importance of chronic irritability of the colon with mucous stools as a symptom of appendicitis. Annals of singer. Jan. 98. Ref. Centralbl. f. Chir. 99 Heft 26.

ders. Eine Studie über die Erfolge von 100 Laparatomien Philadelph. med. journ. März 98. Ref. Centralbl. f. Gyn. 98.

100. Smith (Montreal): Pyosalpinx u. Appendicitis. Brit. med. journ. 97. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1898. 25.

101. Smith A. J.: Colectomie wegen Adhæsionen des Cœcums mit einer alten Eierstockfistel u. tuberkul. Append. Dubl.

Journ. of med. science 94. Ref. Centralbl. f Gyn. 95. 39.

102. Smith O. L.: The comparativ frequency of app. as a complication of pus-tubes, with some remarks on the technique of removing the app. Brit. med. Journ. 97. Cit. von Pollak.

103. Smith Lapthorne: Diskussion zu 65.

104. Sonnenburg: Pathol. u. Therap. d. Perityphl. Leipzig-(Vogel) 4. erweit. Aufl. 1900.

105. Sprengel: Zur Frühoperation bei acuter Appendicitis. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 64.

ders. Bericht über die Verhdlg. der deutsch. Gesellschaft f. Chirurg. XXXI. Kongr. 1902. Beil. z. Centralbl. f. Chir. 1902. 26.

106. Stein: Erfahrungen über Appendicitis. Vortrag in der med Gesellsch. New-York. D. med. Wochschr. 99. Heft 27.

107. Stinson: Nephrorraphie u. gleichzeitige Entferng. d. App. durch Lumbalschn. bei rechtss. Wanderniere u. schmerzhft. App. Ref. im Centralbl. f. Gyn. 1899. S. 853.

108. Strassmann: Verhdlg. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Ref. im Centralbl. f. Gyn. 1903.

109. Sudsuki: Beiträge zur norm. u. path. Anatomie d. W. Mitteilg. aus d. Grenzgebieten. Bd. VII. Heft 4. u. 5.

110. Tixiers: Lyon med. 1901. Nr. 13. Litt. Ausz. d. Berlin. klin. Wochenschr. 1901. S. 35.

ders. Ovariencyste mit Stieldrehg unter d. Bilde einer recidiv. Append. Soc. de sciences méd. d. Lyon. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901. S. 1115.

111. Treub: Appendic. u. Parametritis. Revue d. gynéol. et de chir. abdom. 97. Nr. 2. Ref. Centralbl. f. Gyn. 97. Nr. 35.

112. Treves: The Cavendish lecture on some phases of inflammation of the appendix. Brit. med. journ. 1902. Ref. Centralbl. f. Chir. 03. Heft 7.

113. Vautrin: Über abnormale Appendicitis. Revue de gynécol. et de chir. abdom. 98. Nr. 1. Ref. Centralbl. f. Gyn. 98. 41.

114. Villar: Appendicite chez la femme. Internat. Kongress f. Gyn. u. Gebhlf. zu Amsterdam 1899. Ref. in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 10.

115. Waldeyer: Die Lage des Eierstocks. Vortrag in d Gesellsch. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Juni 96. Ref. in Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. 1896.

116. Wells: Ein Fall von Ovariencyste mit Stieldrehung, der für Append. gehalten wurde. Med. Akad. New-York, 25. Jan. 1900. Ref. in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XI.

117. Wette: Über Append. unter besond. Berücksichtigung der chir. Indikationsstellung. Arch. f. klin. Chir. Bd. 66.

118. Wikerhauser: Cystovar. torsum et inflammatum, Append. vortäuschend, cit. v. Falk, Diskuss. in d. Geb. Gesellsch. z. Hamburg 19. Dez. 99. Centralbl. f. Gyn. 1901. S. 846.

119. Zypkin: Über Hæmatemesis bei Appendicitis. Medicinskoje Obosreuje 1902 Nr 2. Centralbl. f. Chir. 02. S. 829.

Lebenslauf.

Ich wurde am 9. Juli 1876 geboren zu Sinsheim a. Elsenz als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Scheeder daselbst, bin evangel. Konfession und badischer Staatsangehöriger. Ich besuchte in meiner Heimat die Volksschule und das Realprogymnasium, von 1891—1894 das Gymnasium zu Karlsruhe. Im Winter-Semester 1894/95 bezog ich die Universität Heidelberg, wo ich im November 1896 das Tentamen physicum bestand. Nach einsemestrigem Aufenthalt in Jena studierte ich in München und bestand daselbst das ärztliche Staatsexamen im Juli 1899. Vom 1. September desselben Jahres bis 31. August 1901 war ich Assistent am städtischen Krankenhaus zu Pforzheim, darnach genügte ich meiner Militärpflicht. Im Juni 1903 liess ich mich zur Ausübung der ärztlichen Praxis in Oppenau nieder. Die Zwischenzeiten verbrachte ich durch Reisen und Vertretungen. Zur Zeit bin ich mit Fertigstellung einer begonnenen Doktorarbeit beschäftigt.

Heidelberg, den 20. Juli 1904.

Wilhelm Scheeder,
prakt. Arzt.

Gottlieb Becker'sche Buchdruckerei, Sinsheim a. E.